



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 1512

Bogotá, D. C., miércoles, 16 de diciembre de 2020

EDICIÓN DE 18 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

#### **PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 173 DE 2020 SENADO**

*por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez en estado de vulnerabilidad especial.*

Bogotá, D.C. diciembre 7 de 2020

Honorable Senador

**JOSÉ RITTER LÓPEZ**

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

E. S. D.

**Asunto:** Ponencia positiva para segundo debate al proyecto de ley número 173 – 2020 Senado, "Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez en estado de vulnerabilidad especial".

Respetado Presidente

De conformidad con lo dispuesto en la ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Senado, como ponente de esta iniciativa legislativa, me permito rendir informe de ponencia **POSITIVA** para segundo debate del proyecto de ley en mención en los siguientes términos.

1. Antecedentes de la Iniciativa
2. Objeto y Contenido del Proyecto
3. Análisis del Proyecto
4. Conveniencia y pertinencia de las medidas previstas en el proyecto de ley
5. Modificaciones al texto
6. Proposición
7. Texto propuesto para segundo debate

#### **1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA**

El presente proyecto de ley recoge diferentes iniciativas como la presentada por el entonces senador Honorio Galvis con el proyecto de ley 28 de 2011 Senado, 155 de 2012 Cámara sin que pudiera finalizar su trámite legal y constitucional para ser ley de la República por tránsito de legislatura. Dicha propuesta fue nuevamente radicada con el número 22 de 2013 Senado,

pero no logró ser ley de la República por falta de debate. Seguidamente, la iniciativa es retomada por el Senador Luis Fernando Duque García, la cual se adelantó con el proyecto 322 de 2017 cámara - 57 de 2016 senado, llegando a ser aprobado en los cuatro debates, pero sin lograr la etapa de conciliación por finalización de legislatura, de igual forma se tramitó y alcanzó a presentarse ponencia positiva a cargo del senador copartidario Honorio Enríquez Pinedo, en la legislatura 2019, en donde no alcanzó a surtir primer debate el proyecto de ley 82 de 2019. Conforme a lo anterior, y con la autorización de los mencionados ex congresistas, el Honorable Senador Carlos Meisel Vergara ha considerado que iniciativas como estas no pueden quedar archivadas, por el contrario, se debe persistir en ellas para efectos de proteger los niños cuyos derechos por mandato del Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, priman sobre los derechos de los demás, y por ende deben considerarse de valor imperante en nuestra sociedad.

De este modo, el proyecto de ley número 173 de 2020 Senado fue radicado el 28 de julio de 2020 ante la Secretaria General del Senado de la República por el Honorable Senador Carlos Manuel Meisel Vergara, el texto original fue publicado en la gaceta del Congreso número 618 de 2020.

Su reparto estableció que debía debatirse en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República en los que por medio de la Mesa Directiva de la corporación se designó como Ponente Única para primer debate a la Honorable Senadora Milla Patricia Romero Soto.

El 10 de noviembre de 2020 surtió su primer debate el PL en mención y se aprobó de manera UNÁNIME, por los integrantes de la comisión séptima del senado, luego de haber sido acogidas las proposiciones presentadas que enriquecieron el proyecto y ampliaron el marco de sus beneficiarios.

**2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO**

De acuerdo con la exposición de motivos por parte del autor de la iniciativa legislativa, se busca legislar sobre el cuidado de los niños en etapas de vulnerabilidad. En concreto en los casos en que esa vulnerabilidad se incrementa o se materializa en el estado de salud del menor, especialmente cuando padecen enfermedades terminales o accidentes graves.

La iniciativa tenía inicialmente 7 artículos incluida la vigencia cuyo contenido se resume como se describe a continuación:

Artículo	Resumen del Contenido
1	<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN.</b> La presente ley es de orden público y de carácter irrenunciable.
2	<b>OBJETO.</b> La presente ley tiene como objeto incluir dentro de las obligaciones del empleador, el reconocimiento y otorgamiento de una licencia remunerada para el cuidado a la niñez a uno de los padres trabajadores o a quien detente el cuidado personal de un niño o niña menor de 12 años que padezca una enfermedad terminal
3	<b>LICENCIA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑEZ.</b> La licencia para el cuidado de la niñez es una licencia remunerada otorgada una vez, por enfermedad terminal, a uno de los padres trabajadores, o a quien detente la custodia de un niño o niña menor de 12 años que requiera acompañamiento en caso que padezca una enfermedad terminal.
4	Adiciónese el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo con el siguiente numeral:  12. Conceder de forma oportuna la licencia para el cuidado de la niñez.

5	<b>PRUEBA DE LA INCAPACIDAD.</b> La licencia remunerada descrita en el artículo 3° de la presente ley se acreditará exclusivamente mediante incapacidad médica otorgada por el médico tratante.
6	<b>REGLAMENTACIÓN.</b> El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo reglamentarán la presente ley en el término de 6 meses.
7	<b>VIGENCIA Y DEROGATORIA.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Con los cambios surtidos en el debate que se desarrolló en la comisión séptima del senado de la república conforme al texto aprobado de manera unánime, se resume así el articulado:

Artículo	Resumen del Contenido
1	<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN.</b> De orden público e irrenunciable para la protección y cuidado de los niños y niñas menores de edad.
2	<b>OBJETO.</b> Que el empleador reconozca y otorgue una licencia remunerada una vez por año para el cuidado a la niñez
3	<b>LICENCIA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑEZ.</b> Es una licencia remunerada otorgada una vez por año y por un periodo de 10 días, prorrogables por 5 días adicionales no remunerados, de mutuo acuerdo entre empleador y trabajador.
4	Adiciónese el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo con el siguiente numeral:  12. Conceder la licencia para el cuidado de que trata esta ley

5	<b>PRUEBA DE LA INCAPACIDAD.</b> Certificación o incapacidad otorgada por el médico tratante que tenga a su cargo la atención del menor.
6	<b>REGLAMENTACIÓN.</b> A cargo del gobierno nacional en el término de 6 meses.
7	<b>VIGENCIA Y DEROGATORIA.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**3. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY.**

El apoyo familiar en momentos críticos en la salud de un menor de edad, es fundamental para mejorar la calidad de vida y salud de un paciente, y a su vez, afianzar la unidad familiar.

El Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar<sup>1</sup> frente a los entornos familiares ha determinado que:

*“La familia es el grupo humano primario más importante en la vida del hombre, la institución más estable de la historia de la humanidad. El hombre vive en familia, aquella en la que nace, y, posteriormente, la que el mismo crea. Es innegable que, cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada su manera de pensar, sus valores y actitudes; transmiten luego a sus hijos los modos de actuar con los objetos, formas de relación con las personas, normas de comportamiento social, que reflejan mucho de lo que ellos mismos en su temprana niñez y durante*

<sup>1</sup> CENTRO DE REFERENCIA LATINOAMERICANO PARA LA EDUCACIÓN PREESCOLAR, *La familia en el proceso educativo*, disponible en <http://campus-oet.org/celap/celap6.htm>

*toda la vida, aprendieron e hicieron suyos en sus respectivas familias, para así crear un ciclo que vuelve a repetirse”.*

De allí se puede entender que el Estado debe proteger esa relación familiar, como grupo humano primario, permitiendo que se consolide, especialmente, cuando la salud de un menor está afectada y requiere mayor presencia de sus padres o cuidadores. Con ello se quiere hacer énfasis en la necesidad de respaldar escenarios de protección al cuidado de los niños por parte de su familia o de quienes están a cargo de éstos.

Estudios como los señalados por John J. Ratey<sup>2</sup> determinan que los cuidados que “un niño reciba en sus primeros años pueden tener efectos asombrosos o devastadores”. Para ello, cita el estudio realizado por Geraldine Dawson de la Universidad de Washington, quien al analizar 160 niños entre edades que iban de meses a 6 años encontró la incidencia entre el comportamiento de las madres y el cuidado recibido por estos para evidenciar que el cuidado positivo de los padres influye en el comportamiento y salud de los menores. De allí que pueda afirmarse que el cuidado de los niños en sus primeros años de vida es vital para su desarrollo, contrarrestando la existencia de enfermedades futuras.

Como puede apreciarse, la llegada de una enfermedad a una familia, en especial, a la de los niños y niñas que integran el núcleo familiar, no sólo se constituye en una crisis de salud, puesto que con ella se altera la armonía familiar, generando alteración al componente personal, social, económico y afectivo de una familia, de hecho José Antonio Rabadán Rubio<sup>3</sup> señala que “La abrupta aparición de una enfermedad genera en la población infantil una ruptura del equilibrio del que hasta el momento había gozado. Tales son las reminiscencias que la pérdida de salud acarrea en el niño que, no únicamente nos hallamos

<sup>2</sup> RATEY, JOHN J., AND JUAN PEDRO CAMPOS. *El cerebro: manual de instrucciones*. Debolsillo, 2003. P. 27. Disponible en <https://www.nuequen.edu.ar/wp-content/uploads/2017/10/Libro-Cerebro-Manual-de-instrucciones-John-J.-Ratey.pdf>

<sup>3</sup> PÉREZ, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ, AND JOSÉ ANTONIO RABADÁN RUBIO. “La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada.” *Perspectiva Educativa* 52.1 (2013): 167-181. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=41743889>

ante un problema de salud, sino así mismo, ante consecuencias personales y sociales que esta población sufre al enfermarse.”

Esta clase de acontecimientos en una familia causan en muchas ocasiones problemáticas que enfrentan el cumplimiento del deber laboral frente al cumplimiento del deber de cuidado en relación con los niños, quedando en riesgo la estabilidad laboral de los padres y el desarrollo empresarial y funcional del empleador.

**3.1 MARCO CONSTITUCIONAL**

**1.1. En el Derecho internacional**

El parlamento europeo<sup>4</sup> cuenta con la Carta Europea de niños hospitalizados en la cual se establece en la asistencia médica, el permiso a padres para cuidar de sus hijos hospitalizados cuando tienen enfermedades graves. De esta manera se evita que los padres desamparen a sus hijos por aspectos laborales. Al respecto, señala:

- a) *Derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordina oportunamente, con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible;*
- b) *Derecho del niño a la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres;*
- c) *Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.”.*

<sup>4</sup> PARLAMENTO EUROPEO, Carta Europea de los niños hospitalizados, Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 13 mayo 1986. Disponible en <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/35053f9-3238-11e2-bbac-2df725ac448/cartaeuropea.pdf>

En el informe de ponencia para segundo debate en el Senado de la República del proyecto de ley 28 de 2011 Senado<sup>5</sup> los honorables senadores de la época: Gilma Jiménez Gómez (Q.E.P.D), Liliana María Rendón Roldán, Claudia Wilches Gómez, Antonio José Correa, Germán Carlosama López, Édinson Delgado Ruiz presentaron el siguiente cuadro que contiene un análisis de las regulaciones internacionales sobre mecanismos de protección de menores frente a su cuidado:

País	España
Ley	Real Decreto 1148 de 2011. “Para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave”.
Beneficiarios	Personas progenitoras, adoptantes y acogedoras de carácter familiar pre adoptivo o permanente, cuando ambas trabajen.
Enfermedades	Cáncer o enfermedad grave que padezca el menor deberá implicar un ingreso hospitalario de larga duración que requiera su cuidado directo, continuo y permanente; durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad (El Real Decreto contiene un anexo con 109 enfermedades que aplican como enfermedad grave).
Condiciones	Reducir su jornada de trabajo en, al menos, un 50 por 100 de su duración. Estar afiliadas y al día en algún régimen del sistema de la Seguridad Social.
Beneficios	Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave que consiste en un subsidio, de devengo diario, equivalente al 100 por 100 de la base reguladora establecida para la prestación por incapacidad temporal.
Duración	El subsidio se reconocerá por un periodo inicial de un mes, prorrogable por periodos de dos meses cuando subsista la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor, que se acreditará mediante declaración del facultativo del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de la persona trabajadora dirigida a la dirección provincial.</li> <li>• Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada del trabajador.</li> </ul>

<sup>5</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta 580 de 2012. Disponible en <http://www.publindc.imprenta.gov.co/senado/view/gestion/gacetaPublica.xhtml>

País	España
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración del facultativo del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente responsable de la asistencia médica del menor.</li> <li>• Certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.</li> <li>• Certificado de la empresa en la que conste la cuantía de la base de cotización de la persona trabajadora.</li> </ul>
Fuente	<a href="http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/150352?ssSourceNodeid=1139#documentoPDF">http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/150352?ssSourceNodeid=1139#documentoPDF</a>
País	Chile
Ley	Código del Trabajo de Chile (artículos 199 y 198).
Beneficiarios	Madre, padre o personas al cuidado de un niño menor de 6 años o de un menor con discapacidad debidamente inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad o al cuidado de personas mayores de 18 años con discapacidad mental.
Enfermedad	Determinada por el médico.
Condiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar a cargo de un niño menor de 6 años.</li> <li>• Estar a cargo de un niño inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad.</li> <li>• Estar a cargo de un mayor de 18 años con discapacidad mental.</li> </ul>
Beneficios	Subsidio equivalente al total de las remuneraciones y asignaciones percibidas.
Duración	Determinada por el médico y hasta 10 jornadas ordinarias de trabajo al año.
Requisitos	El médico tratante debe certificar la gravedad de la enfermedad.
Fuente	<a href="http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articles-59096_recurso_1.pdf">http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articles-59096_recurso_1.pdf</a>
País	Estados Unidos de América
Ley	The Family & Medical Leave Act (1993)
Beneficiarios	Trabajadores con más de un año de trabajo y 1250 horas de trabajo en una misma empresa de más de 50 empleados.
Enfermedad	Cuando su cónyuge o hijo presente una enfermedad grave.
Condiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación médica.</li> <li>• Solicitar con 30 días de anticipación ante el empleador el permiso.</li> </ul>

País	España
Beneficios	Hasta 12 semanas de permiso no remunerado.
Duración	Hasta 12 semanas al año.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigüedad en la empresa que labora superior a un año y haber trabajado como mínimo 1250 horas.</li> <li>• La empresa debe tener más de 50 empleados.</li> </ul>
Fuente	<a href="http://www.opm.gov/oca/leave/html/fmlaregs.htm">http://www.opm.gov/oca/leave/html/fmlaregs.htm</a>

Fuente: proyecto de ley 28/11 Senado (Gaceta 580 de 2012)

En España<sup>6</sup> se establece que “... tienen 2 días de permiso por fallecimiento, accidente o enfermedad graves, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad (abuelos de ambos cónyuges, nietos, padre, madre, hermanos, cónyuge, hijos, cuñados, suegros), a no ser que tenga que desplazarse fuera del lugar de trabajo, en que tendrán 4 días de permiso.”

El Ministerio federal de Trabajo y Asuntos Sociales de Alemania<sup>7</sup> ha reconocido la necesidad del cuidado de familiares por enfermedad terminales, de allí que señale que “Muchos empleados quieren tener la posibilidad de despedirse de sus familiares con dignidad en la última fase de la vida, asistiéndoles antes de su muerte. Para darles esta posibilidad los empleados pueden pedir una exención completa o parcial de su trabajo de hasta 3 meses en virtud de la Ley de permiso de ayuda y asistencia y la Ley de permiso de ayuda y asistencia familiar. No es obligatoria esta asistencia en el propio hogar. El acompañamiento puede hacerse efectivo también durante una estancia del familiar próximo en una casa mortuoria. Este derecho aplica frente a empleadores con más de 15 empleados.”

<sup>6</sup> MINISTERIO DER SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Guía de ayudas sociales y servicios para las familias, España*. (2016). P.33. DISPONIBLE EN: [https://www.mscbs.gob.es/SSU/FAMILIAS/INFANCIA/DOCS/2016\\_GUIA\\_FAMILIAS.PDF](https://www.mscbs.gob.es/SSU/FAMILIAS/INFANCIA/DOCS/2016_GUIA_FAMILIAS.PDF)

<sup>7</sup> MINISTERIO FEDERAL DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES DE ALEMANIA, *Seguridad social en resumen*. P. 110. (2018). Disponible en [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a997-soziale-sicherung-gesamt-spanisch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a997-soziale-sicherung-gesamt-spanisch.pdf?__blob=publicationFile)

Por su parte Chile ha hecho adelantos significativos frente a la protección del cuidado frente a personas vulnerables. Este es el caso de la ley 20.535 por medio de la cual se concede permiso a los padres de hijos con discapacidad, para ausentarse del trabajo<sup>8</sup>.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>9</sup>, art. 25, núm. 2 señala que “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”. La Declaración de los Derechos del Niño<sup>10</sup> establece que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<sup>11</sup>, aprobado mediante la Ley 74 de 1968, señala en su artículo 24 que “todos los niños tienen derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

La Convención Sobre los Derechos del Niño<sup>12</sup> señala que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales, para lo cual le señala a los Estados partes el compromiso por asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar. Dichos compromisos (Estado y de los padres) se fortalecen y se complementan con la presente iniciativa legislativa, garantizando el cuidado de un niño o niña cuando esté en una situación de enfermedad grave o terminal.

<sup>8</sup> REPÚBLICA DE CHILE. Ley 20.535 por medio de la cual se concede permiso a los padres de hijos con discapacidad, para ausentarse del trabajo. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030318&idVersion=2011-10-03>.

<sup>9</sup> DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. “La Convención Internacional de los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Declaración sobre la Protección de todas las personas contra la tortura (1948).

<sup>10</sup> DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS. Declaración de los Derechos del Niño. Vol. 2. 1959.

<sup>11</sup> PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLITICOS. LEY 74 DE 1968. (diciembre 26) Diario Oficial. Año CV. N. 32682. 31, diciembre, 1968. P. 3. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dtl/Leves/1622486?n=document-frame.htm&templates=33.d>.

<sup>12</sup> ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Diario oficial. año cxxvii, n. 39640. 22, enero, 1991. pág. 1. Ley 12 de 1991. disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leves/1568638>

**3.2 Normas Constitucionales**

La Constitución Política de Colombia<sup>13</sup> establece en su artículo 44 que “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”. De este modo, la prevalencia del derecho de los niños sobre el derecho de los demás. Como parte de estos derechos se ha catalogado como fundamental el derecho al cuidado, el cual se desarrolla en el presente proyecto de ley, reforzando y garantizando la obligación que en su orden tienen la familia, la sociedad y el Estado.

**3.3 Fundamento Jurisprudencial**

La crisis que se genera en un núcleo familiar por la necesidad de cuidar a los niños, especialmente cuando enfrentan enfermedades que implican un alto riesgo para la vida, es un tema que enfrenta la óptima disposición laboral de un trabajador frente a la responsabilidad como miembro de una familia y estos frente a la obligación en el

<sup>13</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, CONSTITUCIÓN POLÍTICA, ART. 44. DISPONIBLE EN: [http://www.secretariadefeminadoc.gov.co/senado/basedoc/CONSTITUCION\\_POLITICA\\_1991\\_pr001.html#44](http://www.secretariadefeminadoc.gov.co/senado/basedoc/CONSTITUCION_POLITICA_1991_pr001.html#44).

cumplimiento del trabajo. De allí que existan casos como el conocido por la Corte Constitucional<sup>14</sup> en el cual se ordenó:

*“ORDENAR al Juzgado Tercero Penal del Circuito con función de conocimiento para la responsabilidad penal de adolescentes de Bucaramanga conceder a favor de la señora Josefina Vera Hernández los permisos remunerados necesarios con el fin de atender el proceso de recuperación y rehabilitación de su hijo menor de edad José Julián Rojas Vera por el término en que el médico tratante considere imprescindible la presencia del empleado, siempre y cuando medie orden médica donde se fije de manera expresa el tiempo de duración y conste la necesidad de acompañamiento permanente de la señora Vera Hernández. En todo caso, el empleador tendrá la potestad de implementar las medidas necesarias para que no se vea afectada la prestación del servicio.”*

De otro lado, la Corte Constitucional<sup>15</sup> ha reconocido como derecho fundamental “el cuidado” de los niños haciendo énfasis en la responsabilidad de la familia, y sostiene que: “En lo que atañe al derecho fundamental de los niños al cuidado amor, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que en su efectividad primeramente está comprometida la familia como célula de la sociedad...”.

**3.4 Doctrina**

Heckman<sup>16</sup>, citado por el Consejo Nacional de Política Económica Social<sup>17</sup>, ha señalado que “... las intervenciones en la primera infancia ofrecen los mayores retornos sociales, al compararse

<sup>14</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-11315 del 26 de marzo de 2015. M.P. Mauricio González Cuervo. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-113-15.html>.

<sup>15</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-273/03 del 01 de abril de 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-273-03.html>.

<sup>16</sup> HECKMAN, J. 2004. Invest in the Very Young. Center of Excellence for Early Childhood Development. Encyclopedia on Early Childhood Development. Web: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/HeckmanANG.pdf>, “como sociedad, no podemos darnos el lujo de aplazar la inversión en los niños hasta el momento en que se conviertan en adultos, tampoco podemos esperar hasta que ellos alcancen la edad para asistir a la escuela –un momento cuando puede llegar a ser demasiado tarde para invertir”. Al priorizar la asignación de recursos Heckman sentencia: “La mejor evidencia soporta la prescripción de la política: invierta en los más jóvenes [primera infancia] y mejore el aprendizaje básico y las habilidades para la socialización”.

<sup>17</sup> CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONOMICA SOCIAL. Compes 109 de 2007. Disponible en [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-177832\\_archivo\\_pdf\\_Compes\\_109.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-177832_archivo_pdf_Compes_109.pdf)

con intervenciones en etapas posteriores”. En igual sentido, Unicef<sup>18</sup> ha considerado que en los primeros años de vida se crean las bases fisiológicas para una buena salud e igualmente, se “transmiten de padres a hijos aquellos valores esenciales que tendrán grandes compensaciones en el competitivo mercado laboral”.

El cuidado a la descendencia también hace parte de un proceso educativo de naturaleza familiar. De allí que Castilla<sup>19</sup>, citada por Bernardo Vanegas Montoya<sup>20</sup>, considere que el cuidado de progenitores es una herramienta para transmitir “actitudes individuales y sociales” encaminadas por un proceso educativo, el cual debe protegerse por el Estado. Por ello, Germán Alberto Amézquita Romero<sup>21</sup> señala que: “Por ello, la ciudad es vista como un núcleo, cuya esencia es la familia. No obstante, tiene problemas en los que el Estado debe intervenir para garantizar la ejecución de los derechos fundamentales de sus integrantes.”.

**4. CONVENIENCIA Y PERTINENCIA DE LAS MEDIDAS PREVISTAS EN EL PROYECTO DE LEY.**

Las medidas previstas en la presente iniciativa legislativa, buscan incluir dentro de las obligaciones del empleador, el reconocimiento y otorgamiento del derecho a licencia remunerada para el cuidado de la niñez a uno de los padres trabajadores o a quien detente el cuidado personal de un niño o niña menor de 12 años que padezca una enfermedad terminal, a fin de que el menor pueda contar con el cuidado de sus padres o de su custodio, en las situaciones referidas. De esta forma mejorar la calidad de vida de la población en mención, garantizarles su derecho a la salud, al cuidado, a la familia y propender de esta manera a su mejoría o disminuir la vulnerabilidad que pueda afrontar por su condición médica.

<sup>18</sup> Citado en UNICEF. 2006a. Primera infancia. La primera infancia crea el capital humano. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index\\_humancapital.html](http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_humancapital.html)

<sup>19</sup> CASTILLA, BLANCA. La complementariedad varón-mujer. Nuevas hipótesis. Madrid: Ediciones Rialp, 1993. Impreso.

<sup>20</sup> VANEGAS, BERNARDO. [ET AL.]. Persona, educación y cultura... Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Departamento de Humanidades, 2013 112 p. –(Colección Nuevos Pensadores; no. 3). Disponible en: <http://publicaciones.ucatolica.edu.co/ufil/persona-educacion-y-cultura/publicata/source/persona-educacion-y-cultura.pdf>

<sup>21</sup> AMÉZQUITA, GERMAN. *Novum Jus*. ISSN: 1692-6013 • Volumen 8 No. 2 • Julio - Diciembre 2014 • Págs. 55-77. Disponible en [https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucaticolca/revistas\\_ucaticolca/index.php/juridica/articla/view/641/657](https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucaticolca/revistas_ucaticolca/index.php/juridica/articla/view/641/657)

**A. Número de defunciones no fetales**

Durante el primer trimestre de 2020 el número de fallecimientos presentados en menores de 14 años fue de 2.305, lo que equivale al 4.04% del total de decesos a nivel nacional. Dentro de esta división, el grupo etario de menores de 1 año fue el más afectado con 1.537 muertes (ver tabla No. 1)

**Tabla No.1 Número de defunciones no fetales según grupos de edad. Total, nacional I trimestre (2020pr-2019pr)**

Grupos de Edad	I trim 2020pr		I trim 2019pr	
	Total	%	Total	%
Total Nacional	56.972	100,0	54.908	100,0
Menores de 1 año	1.537	2,7	1.562	2,8
De 1 año	148	0,3	147	0,3
De 2 a 4 años	171	0,3	156	0,3
De 5 a 9 años	185	0,3	185	0,3
De 10 a 14 años	264	0,5	244	0,4
De 15 a 19 años	815	1,4	853	1,6
De 20 a 24 años	1.325	2,3	1.339	2,4
De 25 a 29 años	1.354	2,4	1.286	2,3
De 30 a 34 años	1.305	2,3	1.288	2,3
De 35 a 39 años	1.335	2,3	1.306	2,4
De 40 a 44 años	1.382	2,4	1.313	2,4
De 45 a 49 años	1.591	2,8	1.550	2,9
De 50 a 54 años	2.271	4,0	2.068	3,8
De 55 a 59 años	2.997	5,3	2.910	5,3
De 60 a 64 años	3.892	6,8	3.782	6,9
De 65 a 69 años	4.645	8,2	4.494	8,2
De 70 a 74 años	5.281	9,3	5.137	9,4
De 75 a 79 años	6.164	10,8	5.849	10,7
De 80 a 84 años	7.115	12,5	6.843	12,5
De 85 a 89 años	6.587	11,6	6.323	11,5
De 90 a 94 años	4.300	7,5	4.184	7,6
De 95 a 99 años	1.878	3,3	1.673	3,0
De 100 años y más	417	0,7	370	0,7
Edad desconocida	13	0,0	6	0,0

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

De acuerdo a las cifras reportadas por el DANE, en 2019, el 5.9% de las 242.609 defunciones, correspondieron a menores de 14 años, un gran porcentaje de esta cifra, es consecuencia de enfermedades consideradas como terminales, las cuales requieren de un tratamiento especial.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud<sup>22</sup> en el mundo, cada año se diagnostica cáncer a cerca de 300.000 niños entre 0 y 19 años, convirtiéndola en una de las principales causas de mortalidad en esta población. Situación de la cual no es ajena Colombia y si bien se ha legislado en pro de este grupo poblacional, la legislación existente está dirigida a la atención en salud y demás beneficios para el paciente, dejando de lado hasta el momento a sus cuidadores, en especial padres vinculados laboralmente.

Los tipos de cáncer que atacan con más frecuencia a los niños en las edades señaladas son, leucemia, cáncer cerebral, linfoma y tumores sólidos entre los que se encuentran el neuroblastoma. Una de las causas más desafortunadas del cáncer infantil es que en la mayoría de casos no se puede prevenir ni detectar. No obstante, gran parte de ellos se pueden curar con medicamentos genéricos y tratamientos de otros tipos, como cirugía y radioterapia.

Después de tener un acercamiento al tipo de enfermedades que producen el mayor porcentaje de fallecimiento en jóvenes y niños, es importante tener en cuenta que, en los países de altos ingresos, la probabilidad de que un niño que padezca de cáncer se cure es mayor al 80%. Situación contraria en países de ingresos medios y bajos, en donde, dicha probabilidad es de tan solo el 20%<sup>23</sup>.

Esta notable diferencia entre los países de ingresos altos y los de ingresos medios y bajos se produce como consecuencia de la falta de un diagnóstico oportuno y correcto, dificultades

<sup>22</sup> Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol.* 2017;18(6):719-731

<sup>23</sup> Gupta S, Howard SC, Hunger SP, et al. Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: *Disease Control Priorities*, volume 3. <http://dcp-3.org/chapter/900/treating-childhood-cancers-low-and-middle-income-countries>

para acceder al sistema de salud, deserción durante el tratamiento, entre otros. La forma más eficiente para disminuir la diferencia es mejorando las condiciones de las personas que se encuentran al cuidado de estos niños, que en su gran mayoría son sus padres, madre o padre, de esta forma los síntomas que anuncian la enfermedad serían más evidentes para sus familias, se podría tener un diagnóstico a tiempo y se le prestaría cuidado especial por parte del personal médico y familiares.

**B. Cuidados paliativos**

Según el Instituto Nacional de Cancerología, los niños y adolescentes que requieren cuidados paliativos son aquellos que presentan enfermedades tales como: Cáncer, enfermedades hematológicas, enfermedades cardiovasculares avanzadas, anomalías congénitas severas, trastornos del sistema inmune, VIH/SIDA, enfermedades renales, trastornos neurológicos y algunas condiciones neonatales incurables<sup>24</sup>.

El padecimiento de este tipo de enfermedades crónicas, incapacitantes, con periodos de convalecencia amplios, produce situaciones económicas y sociales adversas. La Organización Mundial de la Salud<sup>25</sup> ha definido los cuidados paliativos como el “enfoque que mejora la calidad de vida de personas y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos y psicosociales”

Los principales beneficios de la atención de cuidados paliativos, son:

- La importancia que estos proporcionan al alivio del dolor y de otros síntomas.
- Mejoran la calidad de vida e influyen positivamente en el curso de la enfermedad.

<sup>24</sup> Instituto Nacional de Cancerología. Modelo y Programa Nacional de Soporte y Cuidados Paliativos. 2016

<sup>25</sup> World Health Organization. WHO definition of palliative care. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente.

En cuanto a los cuidados paliativos para los niños y adolescentes, estos son aún más especiales e importantes, dado que están diseñados para una población más vulnerable. Las principales diferencias y beneficios son:

- La atención requiere de un amplio enfoque multidisciplinario que incluya a la familia y el personal médico.
- El cuidado paliativo para los niños y adolescentes implica dar apoyo a la familia desde el diagnóstico de la patología, y continúa independientemente si el niño recibe o no tratamiento dirigido a la enfermedad.
- Propone optimizar la calidad de vida, incluyendo el control de síntomas, el cuidado durante todo el proceso de la enfermedad y el descanso familiar.

Estos cuidados paliativos son de suma importancia para el paciente pediátrico, ya que este se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo que influye en su comprensión de la enfermedad, lo que, a su vez afecta su respuesta emocional e incide en las estrategias de relación paciente-familia y equipo de salud.

Los niños con patologías oncológicas que se encuentran bajo cuidados paliativos cuentan con una expectativa de curación mayor<sup>26</sup>. De igual forma, la Academia Americana de Pediatría (AAP) estableció que “todos los niños y adolescentes que conviven con condiciones de salud que amenazan sus vidas” se benefician de cuidados paliativos pediátricos<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> IOM (Institute of Medicine). When children die. Improving palliative and end-of-life care for children and their families. En: Field JF, Behrman RE, editors. Washington: National Academies Press, 2003.

<sup>27</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics* 2000; 106(2 Pt 1):351-7. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/106/2/351.long>

De este modo, los cuidados paliativos se centran en la atención integral del niño que se enfrenta a un diagnóstico de enfermedad terminal y en su familia, particularmente, en los padres, quienes están profundamente involucrados como cuidadores y responsables en la toma de decisiones, en muchos de los casos es frecuente que abandonen sus puestos de trabajo para asumir el cuidado permanente del niño, lo cual termina afectando la capacidad adquisitiva de los hogares y como consecuencia de ello, la continuidad de los tratamientos.

La posibilidad de muerte en la infancia es una realidad. Pacientes pediátricos se ven obligados a convivir con enfermedades incurables o en condiciones de alta vulnerabilidad y fragilidad debido al padecimiento de enfermedades terminales. Estas situaciones, sin lugar a duda generan un gran impacto físico, psicológico, social y económico, tanto para el paciente que las padece como para su familia. De este modo, se torna prioritario adoptar las medidas que propone esta iniciativa legislativa, para apoyar la difícil labor en la que se ven involucrados los padres de estos menores y mejorar su calidad de vida.

**5. MODIFICACIONES AL TEXTO.**

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN PLENARIA DEL SENADO	JUSTIFICACIÓN
TITULO "Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez	TITULO "Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez <u>los menores de edad</u> en	A efecto de armonizar el título con el articulado aprobado

en estado de vulnerabilidad especial"	estado de vulnerabilidad especial"	en la Comisión Séptima del Senado-
<b>ARTÍCULO 1°. ÁMBITO DE APLICACIÓN.</b> La presente ley es de orden público y de carácter irrenunciable, y aplica para las condiciones de protección y cuidado de los niños y niñas menores <u>de edad</u> , que padezcan una enfermedad terminal, <u>que requieran cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente, o que presenten un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación.</u>	<b>ARTÍCULO 1°. ÁMBITO DE APLICACIÓN.</b> La presente ley es de orden público y de carácter irrenunciable, y aplica para las <del>condiciones de</del> la protección y cuidado de los <del>niños y niñas</del> menores de edad, que padezcan una enfermedad terminal, que requieran cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, <del>a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar del</del> paciente, o que presenten un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, <u>a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente.</u>	Se mejora la redacción a efecto de dar más claridad a la norma.
PARÁGRAFO. La presente ley se aplica en el sector público y privado	PARÁGRAFO. La presente ley se aplica en el sector público y privado	
<b>ARTÍCULO 2°. OBJETO.</b> La presente ley incluye dentro de las obligaciones del empleador, el reconocimiento y otorgamiento de una licencia remunerada una vez por año para el cuidado a la niñez, a uno de los padres trabajadores o a quien detente la	<b>ARTÍCULO 2°. OBJETO.</b> La presente ley incluye dentro de las obligaciones del empleador, el reconocimiento y otorgamiento de una licencia remunerada una vez por año para el cuidado <u>de los menores de edad</u> a la niñez, a uno de los	Para armonizar con los cambios aprobados en primer debate.

custodia y el cuidado personal de un niño o niña menor de edad que padezca una enfermedad terminal, o que requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, a fin de que el menor pueda contar con el cuidado de sus padres o de su custodia, en las situaciones referidas.  PARÁGRAFO. Se entenderá por enfermedad terminal lo dispuesto para el efecto en el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014, o la que la sustituya o complemente.	padres trabajadores o a quien detente la custodia y el cuidado personal de un niño o niña menor de edad que padezca una enfermedad terminal, o que requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, a fin de que el menor pueda contar con el cuidado de sus padres o de su custodia, en las situaciones referidas.  PARÁGRAFO. Se entenderá por enfermedad terminal lo dispuesto para el efecto en el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014, o la que la sustituya o complemente.	
Artículo 3°. LICENCIA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑEZ. La licencia para el cuidado de la niñez es una licencia remunerada otorgada una vez por año y por un periodo de 10 días, prorrogables por 5 días adicionales no remunerados, de mutuo acuerdo entre empleador y trabajador, a uno de los padres trabajadores, o a quien detente la custodia y cuidados personales de un niño o niña	<b>Artículo 3°. LICENCIA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑEZ.</b> La licencia para el cuidado de la <u>niñez los menores de edad</u> es una licencia remunerada otorgada una vez por año y por un periodo de 10 días, prorrogables por 5 días adicionales no remunerados, de mutuo acuerdo entre empleador y trabajador, a uno de los padres trabajadores, o a quien detente la custodia y	Para armonizar con los cambios aprobados en primer debate y correlacionarlo con la terminología del código de infancia y adolescencia. Dentro del término menores de edad encontramos los niños, niñas y adolescentes.

menor de edad que padezca una enfermedad terminal que requiera acompañamiento permanente o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.  PARÁGRAFO 1°. Las definiciones y diagnósticos médicos de enfermedad terminal o cuadro clínico severo quedarán sujetas al criterio del médico tratante de la respectiva institución prestadora del servicio de salud, o la que haga sus veces, a la cual se encuentre afiliado el niño o niña. El pago de la licencia remunerada para el cuidado de la niñez se hará de acuerdo a la legislación laboral vigente para la fecha del otorgamiento de la licencia.	cuidados personales de un niño o niña menor de edad que padezca una enfermedad terminal que requiera acompañamiento permanente o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.  <b>PARÁGRAFO 1°.</b> Las definiciones y diagnósticos médicos de enfermedad terminal o cuadro clínico severo quedarán sujetas al criterio del médico tratante de la respectiva institución prestadora del servicio de salud, o la que haga sus veces, a la cual se encuentre afiliado <u>el menor de edad, niño o niña.</u> El pago de la licencia remunerada para el cuidado de <u>los menores de edad</u> la niñez se hará de acuerdo a la legislación laboral vigente para la fecha del otorgamiento de la licencia.  <b>PARÁGRAFO 2°.</b> El otorgamiento de la licencia que establece la presente ley a uno de los padres, no excluye la posibilidad de que se otorgue al otro, siempre y cuando corresponda a periodos distintos.	
PARÁGRAFO 2°. El otorgamiento de la licencia que establece la presente ley a uno de los padres, no excluye la posibilidad de que se otorgue al otro, siempre y cuando corresponda a periodos distintos.	PARÁGRAFO 2°. El otorgamiento de la licencia que establece la presente ley a uno de los padres, no excluye la posibilidad de que se otorgue al otro, siempre y cuando corresponda a periodos distintos.	
PARÁGRAFO 3°. Los diez (10) días de la licencia remunerada		

para el cuidado de la niñez, se otorgarán de manera continua o discontinua según solicitud del trabajador.	PARÁGRAFO 3°. Los diez (10) días de la licencia remunerada para el cuidado de la niñez, se otorgarán de manera continua o discontinua según solicitud del trabajador.	
ARTÍCULO 4°. Adiciónese el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo con el siguiente numeral:  12. Conceder la licencia para el cuidado de que trata esta ley, al padre, madre o quien detente la custodia y cuidado personal de los niños y niñas menores edad que padezcan una enfermedad terminal o cuadro clínico severo derivado de un accidente grave y requieran un cuidado permanente; o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.	ARTÍCULO 4°. Adiciónese el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo con el siguiente numeral:  12. Conceder la licencia para el cuidado de que trata esta ley, al padre, madre o quien detente la custodia y cuidado personal de los <del>niños y niñas</del> menores edad que padezcan una enfermedad terminal o cuadro clínico severo derivado de un accidente grave y requieran un cuidado permanente; o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.	Para armonizar con los cambios aprobados en primer debate y correlacionarlo con la terminología del código de infancia y adolescencia. Dentro del término menores de edad encontramos los niños, niñas y adolescentes.
ARTÍCULO 5°. PRUEBA DE LA INCAPACIDAD. La licencia remunerada descrita en el artículo 3° de la presente ley será concedida por el empleador, previa certificación o incapacidad otorgada por el médico tratante que tenga a su cargo la atención del menor, en donde conste la necesidad de	ARTÍCULO 5°. PRUEBA DE LA INCAPACIDAD. La licencia remunerada descrita en el artículo 3° de la presente ley será concedida por el empleador, previa certificación o incapacidad otorgada por el médico tratante que tenga a su cargo la atención del menor, <u>en donde</u> conste la necesidad de	Para armonizar con los cambios aprobados en primer debate y correlacionarlo con la terminología del código de infancia y adolescencia. Dentro del término menores de edad encontramos

**ARTÍCULO 1°. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** La presente ley es de orden público y de carácter irrenunciable, para la protección y cuidado de los menores de edad, que padezcan una enfermedad terminal, que requieran cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, o que presenten un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente.

PARÁGRAFO. La presente ley se aplica en el sector público y privado

**ARTÍCULO 2°. OBJETO.** La presente ley incluye dentro de las obligaciones del empleador, el reconocimiento y otorgamiento de una licencia remunerada una vez por año para el cuidado de los menores de edad, a uno de los padres trabajadores o a quien detente la custodia y el cuidado personal de un niño o niña menor de edad que padezca una enfermedad terminal, o que requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas, o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, a fin de que el menor pueda contar con el cuidado de sus padres o de su custodia, en las situaciones referidas.

PARÁGRAFO. Se entenderá por enfermedad terminal lo dispuesto para el efecto en el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014, o la que la sustituya o complementa.

**Artículo 3°. LICENCIA PARA EL CUIDADO DE LA NIÑEZ.** La licencia para el cuidado de los menores de edad es una licencia remunerada otorgada una vez por año y por un periodo de 10 días, prorrogables por 5 días adicionales no remunerados, de mutuo acuerdo entre empleador y trabajador, a uno de los padres trabajadores, o a quien detente la custodia y cuidados personales de un niño o niña menor de edad que padezca una enfermedad terminal que requiera acompañamiento permanente o por cuadro clínico severo derivado de un accidente grave que implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación, o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.

PARÁGRAFO 1°. Las definiciones y diagnósticos médicos de enfermedad terminal o cuadro clínico severo quedarán sujetos al criterio del médico tratante de la respectiva institución prestadora del servicio de salud, o la que haga sus veces, a la cual se encuentre afiliado el menor de edad. El pago de la licencia remunerada para el cuidado de los menores de edad se hará de acuerdo a la legislación laboral vigente para la fecha del otorgamiento de la licencia.

acompañamiento y el diagnóstico clínico.	acompañamiento y el <u>diagnóstico clínico.</u>	los niños, niñas y adolescentes.
PARÁGRAFO. Las incapacidades o certificaciones médicas deberán renovarse por cada solicitud de licencia para el cuidado de la niñez de que trata esta ley.	PARÁGRAFO. Las incapacidades o certificaciones médicas deberán renovarse por cada solicitud de licencia para el cuidado <u>de los menores de edad</u> la niñez de que trata esta ley.	

**6. PROPOSICIÓN**

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable Plenaria del Senado de la República dar segundo debate y aprobar el Proyecto de Ley N° 173 de 2020 Senado "Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de los menores de edad en estado de vulnerabilidad especial" conforme al pliego de modificaciones presentado y al texto propuesto a continuación.

Atentamente,

  
**WILLA PATRICIA ROMERO SOTO**  
 Senadora de la República  
 Partido Centro Democrático

**7. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 173 DE 2020 SENADO**

Proyecto de Ley N° 173 de 2020 Senado.

"Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de los menores de edad en estado de vulnerabilidad especial"

El Congreso de la República

DECRETA:

**PARÁGRAFO 2°.** El otorgamiento de la licencia que establece la presente ley a uno de los padres, no excluye la posibilidad de que se otorgue al otro, siempre y cuando corresponda a periodos distintos.

**PARÁGRAFO 3°.** Los diez (10) días de la licencia remunerada para el cuidado de la niñez, se otorgarán de manera continua o discontinua según solicitud del trabajador.

**ARTÍCULO 4°. Adiciónese el artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo con el siguiente numeral:**

12. Conceder la licencia para el cuidado de que trata esta ley, al padre, madre o quien detente la custodia y cuidado personal de los menores edad que padezcan una enfermedad terminal o cuadro clínico severo derivado de un accidente grave y requieran un cuidado permanente; o requiera cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.

**ARTÍCULO 5°. PRUEBA DE LA INCAPACIDAD.** La licencia remunerada descrita en el artículo 3° de la presente ley será concedida por el empleador, previa certificación o incapacidad otorgada por el médico tratante que tenga a su cargo la atención del menor en donde conste la necesidad de acompañamiento y el diagnóstico clínico.

PARÁGRAFO. Las incapacidades o certificaciones médicas deberán renovarse por cada solicitud de licencia para el cuidado de los menores de edad de que trata esta ley.

**ARTÍCULO 6°. REGLAMENTACIÓN.** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo reglamentarán la presente ley en el término de 6 meses.

**ARTÍCULO 7°. VIGENCIA Y DEROGATORIA.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

  
**WILLA PATRICIA ROMERO SOTO**  
 Senadora de la República  
 Partido Centro Democrático

## INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 154 DE 2020 SENADO

*por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante.*

### 1. ORIGEN DEL PROYECTO DE LEY

Esta iniciativa legislativa fue radicada en la Secretaría de Senado el 24 de julio de 2020, por los Honorables Congresistas Carlos Eduardo Guevara Villabón, Manuel Virgúez P, Irma Luz Herrera Rodríguez y Aydeé Lizarazo Cubillos; una vez repartido a la Comisión Séptima de Senado y publicado en la Gaceta del Congreso 617 de 2020, se me designó como ponente única. Después de su estudio, se concluye que cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa y al título de la ley, respectivamente.

### 2. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY EN COMISIÓN VII DE SENADO

El primer debate del Proyecto de Ley N° 154 de 2020 Senado, "Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante", en la Comisión Séptima del Senado de la República, se surtió en la sesión del martes 24 de noviembre de 2020 y fue aprobada por esta célula legislativa.

Por medio de 12 votos a favor fue aprobado y acogido en su integridad el texto propuesto para primer debate compuesto por 3 artículos, continuando así su trámite al segundo debate en la Plenaria del Senado.

### 3. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La propuesta legislativa busca incorporar en la legislación ordinaria una de las disposiciones establecidas en el Decreto Legislativo 800 del 4 de junio de 2020, mediante la cual se crean varias medidas de protección para los trabajadores, que como consecuencia de las dificultades económicas actuales, perdieron la posibilidad de continuar cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular, para establecer mecanismos permanentes para las personas cesantes, que no pueden seguir cotizando, que no tengan seguro de desempleo y no cuentan con la Encuesta de Sisben o el puntaje es superior a 54.8 en ciudades principales o 51.5 puntos en otras cabeceras o 37.8 en rural, puedan seguir accediendo a los diferentes servicios del sistema.

### 4. NECESIDAD DEL PROYECTO DE LEY

#### 4.1. Impacto del COVID-19 en la economía.

El Banco Mundial en el mes de julio del año en curso, proyectó una caída de la economía colombiana de -4,9% en 2020 y una recuperación de 3,6% en 2021, presentando una mejor perspectiva a la de Latinoamérica y el Caribe para la que estima una caída de -7,2 en 2020 y un crecimiento de 2,8% en 2021. En el caso de Cepal, se pronostica que la economía colombiana se contraiga -5,6% en 2020, superior a la caída esperada para América Latina y el Caribe (-9,1%). En el informe del mes de abril, el Banco de la República proyectó el crecimiento del país en -2,0% y -7,0% en 2020, y por su parte el Ministerio de Hacienda estima una contracción de -5,5% en 2020. Esperando que con el relajamiento paulatino de las medidas de confinamiento y la recuperación de la confianza pueda darse una recuperación gradual de la economía después de la mitad del año y que continúe en el 2021<sup>1</sup>.

Adicionalmente, en las conclusiones obtenidas por medio de un estudio realizado en el mes de mayo del presente año por el Banco de la República, basado en un modelo de insumo-producto regional, se estimó que el aislamiento preventivo en caso de que se aislaran solo a los adultos mayores de 70 años, implicaría una reducción de empleados de 520,5 mil trabajadores, hasta 13,3 millones en un escenario de confinamiento del 60% de ocupados. Así mismo, las pérdidas económicas varían entre \$4,6 billones y \$59 billones por mes, lo que es igual a 0,5% y 6,1% del PIB nacional.

La tasa de crecimiento económico de los diferentes sectores, se ha visto en gran manera afectado, es así como al realizar un comparativo entre el segundo trimestre del año 2019 con relación al segundo trimestre de 2020 encontramos que los sectores más afectados son<sup>2</sup>:

- Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios - con una reducción de la Tasa de Crecimiento del - **37.1%**
- Comercio al por mayor y al por menor (alojamiento y servicios de comida) - con una reducción de la Tasa de Crecimiento del - **34.3%**
- Construcción - con una reducción de la Tasa de Crecimiento del - **31.7%**
- Industrias manufactureras - con una reducción de la Tasa de Crecimiento del - **25.4%**
- Explotación de minas y canteras - con una reducción de la Tasa de Crecimiento del - **21.5%**

Entre otros sectores, lo cual se ha visto reflejado en una **reducción de la tasa de crecimiento económico en el PIB del -15.7%**.

#### 4.2. Incidencia del COVID-19 en la tasa de desempleo derivada de la crisis económica.

El decrecimiento de la economía afecta directamente el empleo. Por ejemplo, la tasa de desempleo correspondiente al trimestre de mayo - julio 2020 a nivel nacional fue 20,5%, comparado con el trimestre de mayo - julio 2019 (10,2%) (DANE, mayo - julio, 2020), lo que significa que un número significativo de colombianos se han quedado sin empleo, y por tanto, han perdido la capacidad de aportar al Régimen de Seguridad Social en Salud por efecto de la terminación del vínculo laboral.

Es necesario precisar que la tasa de desempleo en Colombia, de acuerdo al reporte del DANE para el mes de julio de 2020, fue del 20,2%, lo que significó un aumento de 9,5 puntos porcentuales, frente al mismo mes del año anterior que fue de 10,7%<sup>3</sup>. Si tenemos en cuenta la comparación de las cifras de desempleo que motivaron la expedición del Decreto 800 de 2020, no tenemos un panorama alentador, toda vez que, para el mes de marzo esta tasa fue del 12,6%, lo que indica que del mes de marzo a julio de 2020 se presentó un aumento de 7,6 puntos porcentuales.

El número de desocupados para el mes de julio según el DANE fue de 4.559.000 personas, si comparamos este mismo dato con el del mes de marzo, donde había 2.969.000 personas desocupadas, encontramos un aumento de 1.590.000 personas.

El DANE dio a conocer que, en julio de 2020 el 6,7% de las relaciones laborales dependientes presentó novedad de ingreso. Este porcentaje había sido de 5,9% en junio, 5,6% en mayo y 3,7% en abril de ese mismo año. De otro lado, el 5,2% de los puestos de trabajo independientes registraron este tipo de novedad en julio de 2020, en comparación con el 4,9% que se reportó en junio, el 4,2% en mayo y el 4% en abril<sup>4</sup>.

Uno de los efectos secundarios de la pandemia es la pérdida de puestos de trabajo, según los informes presentados por Fedesarrollo, Anif, el FMI y otros centros de investigación, se afirma que al final de 2020 el desempleo podría situarse entre 14% y 20%<sup>5</sup>.

Así como se estimaba en los informes presentados por Fedesarrollo, ANIF y el FMI, la tasa de desempleo en Colombia para el mes de octubre se situó en el 14,7%, de acuerdo al último informe presentado por el DANE, significando esto un aumento de 4,9 puntos porcentuales frente al mismo mes del año anterior, que se ubicó en 9,8%.

Con respecto a la tasa de ocupación, se presentó una disminución de 4,6 puntos

<sup>3</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

<sup>4</sup> <https://www.dinero.com/economia/articulo/cuantos-contratos-laborales-se-han-perdido-en-colombia-por-la-pandemia/300684>

<sup>5</sup> <https://www.dinero.com/pais/articulo/como-ha-golpeado-la-pandemia-a-las-eps/286945>

ANUVE LA VENTURA

porcentuales respecto al mismo mes del 2019 que fue del 57,8%<sup>6</sup>.

Todo esta situación ha mostrado un deterioro en los trabajos particulares, con respecto de los de cuenta propia, y como lo expresó el Director del DANE "El reingreso de la población a la ocupación se está dando más que proporcionalmente en la informalidad". De igual manera, con preocupación dio a conocer que los empleos para los hombres han tenido un mayor ritmo de recuperación en los últimos meses, mientras que para el empleo femenino la situación no es mejor<sup>7</sup>.

#### ¿El desempleo cómo afecta las afiliaciones al Sistema de Seguridad social en Salud?

Con el aumento del desempleo y la destrucción de Mipymes, las relaciones laborales dependientes, como los puestos de trabajo independientes, se han visto afectados, con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que las personas que se encontraban afiliados al régimen contributivo, el cual, se nutre de los aportes hechos por los empleados y empleadores, pero ante la situación que enfrentamos hoy en día, muchos de estas personas que se encontraban en la formalidad, se verán obligados a dejar de aportar al sistema por falta de ingresos.

Es por ello y como lo refieren los expertos en el mejor de los escenarios se dará un traslado al régimen subsidiado y en el peor de los casos se presentaría una desafiliación masiva<sup>8</sup>, la cual afectaría, a aquellas personas que se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado toda vez que el mismo se financia, a partir de una bolsa en la que aportan las personas del régimen contributivo y el Gobierno.

Si bien existe un periodo de protección laboral y un periodo de protección al cesante (al cual se aplica por medio de las Cajas de Compensación), una vez finalizan dichos periodos, hay una población que se ve grandemente afectada y es la que se encontraba en formalidad (Gutavo Morales - Pde ACEMI), puesto que si no cumplen con los requisitos en la encuesta del Sisben con el fin de realizar su traslado del régimen contributivo al subsidiado, quedan en un estado de vulnerabilidad y desprotección en materia de salud.

Es por ello que, esta iniciativa propende por la equidad, y disminución de las desigualdades sociales, de tal manera que se contribuya en un mejoramiento de la calidad de vida de la población en línea con lo planteado por los Objetivos de Desarrollo sostenible - ODS, específicamente el N° 3 Salud y Bienestar, teniendo presente que una de sus metas es lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los

<sup>1</sup> <https://procolombia.co/noticias/covid-19/coronavirus-y-su-impacto-en-la-economia-colombiana>

<sup>2</sup> [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ptb/bol\\_PIB\\_11trim20\\_produccion\\_y\\_gasto.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ptb/bol_PIB_11trim20_produccion_y_gasto.pdf)

<sup>6</sup> [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#:~:text=Informaci%C3%B3n%20octubre%202020,anterior%20\(9%2C8%25\)](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#:~:text=Informaci%C3%B3n%20octubre%202020,anterior%20(9%2C8%25))

<sup>7</sup> <https://twnews.co/co-ncenos/desempleo-en-colombia-en-el-mes-de-octubre-se-ubico-en-14-7>

<sup>8</sup> <https://www.dinero.com/pais/articulo/como-ha-golpeado-la-pandemia-a-las-eps/286945>



riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos<sup>9</sup>.

**4.3. ¿En qué consisten las medidas del Gobierno en materia de Protección Social?**

El pasado 31 de agosto del 2020, el Partido Político MIRA, realizó un foro denominado: *Socialización de Ayudas a Desempleados y Empresarios durante la Pandemia*, en el cual se contó con la participación del Ministerio de Salud, y en su representación, estuvo la señora Viceministra de Protección Social, la doctora María Andrea Godoy Casadiego<sup>10</sup>.

La señora Viceministra en su intervención dio a conocer que para el Gobierno Nacional es una prioridad garantizar los servicios de salud a toda la población independiente de la condición de pago que tengan o no en este momento, toda vez que, muchas personas tienen dificultades en el mantenimiento de sus contratos de trabajo y en el pago de los aportes correspondiente a la seguridad social.

Asimismo, señaló la Viceministra que se estableció el **Mecanismo de Contribución Solidaria**, por medio del Decreto 800 de 2020, expedido con ocasión de la segunda declaratoria de la emergencia económica. El mismo es un mecanismo de protección social para preservar la afiliación a salud, para aquellas personas del régimen contributivo, trabajadores que devengan hasta un salario mínimo y que con ocasión de la pandemia han perdido su relación laboral. Una vez terminada dicha relación, permite que estas personas puedan acceder al régimen subsidiado, a través del pago de una tarifa per cápita por grupo familiar que no va a superar el 15% alrededor de la UPC del régimen subsidiado, esto es alrededor de \$12.000 pesos mensuales por cada una de las personas que conforme el núcleo familiar.

**¿Cuáles son las condiciones para que las personas puedan ser beneficiarias?**

- Finalización de la relación laboral durante la emergencia sanitaria o durante los 6 meses siguientes a la finalización de la emergencia sanitaria.
- Se valida que haya finalizado el **Periodo de protección laboral** que corresponde a un mes, si lleva 1 año de afiliado al sistema, o, tres meses si la afiliación supera los 5 años en la misma EPS. Durante este periodo, las personas tienen cubiertos todos los tratamientos en curso y la atención que requieren, tanto quien era el cotizante como su grupo familiar. O si están en el **Periodo de Protección al Cesante**, que es al cual tienen derecho mediante las Cajas de Compensación Familiar, en este caso, también se realiza la verificación de finalización de este periodo. Seguido a ello se aplica la encuesta del Sisbén, si las personas no cumplen con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, entonces, es en este caso

<sup>9</sup> <https://www.ods.gov.co/es/objetivos/salud-y-bienestar>  
<sup>10</sup> [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=9602&v=EXM28ki4XPo&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?time_continue=9602&v=EXM28ki4XPo&feature=emb_title)

ve interrumpida la continuidad como aportante al Sistema de Salud, quedando desprotegidos.

La Organización Mundial de la Salud - OMS ha dicho que la salud es un derecho humano fundamental:

*El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, sin tener que hacer frente a dificultades financieras.*

*Así mismo, la OMS exhorta a todos los países, con el fin de que respeten y protejan los derechos humanos relacionados con la salud en su legislación y en sus políticas y programas sanitarios, en búsqueda de que todos colaboren para combatir las desigualdades<sup>12</sup>.*

Este derecho (la salud) ha sido incorporado como fundamental en el artículo 48 de la Carta Política. Entendida la salud como un derecho humano (Convención Interamericana de Derechos Humanos, 1969, art. 25) y fundamental, se tiene que el propósito de la iniciativa legislativa objeto de estudio gira en torno a incorporar en el ordenamiento jurídico un marco normativo de carácter permanente para proteger a las personas cesantes que, por causas extraordinarias; por ejemplo, ante la presencia de enfermedades catastróficas, queden desvinculados de la protección social en salud.

En ese orden de ideas, el Proyecto de Ley N° 154 de 2020 está formulado de manera sólida y concreta, valorando su impacto social y el alcance que se pudo percibir en materia de garantizar la protección en salud y en cumplimiento del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar".

Por tanto, se establece un régimen garante en las condiciones que recoge el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, de carácter permanente, entregando un instrumento jurídico oportuno al Estado, de carácter futurista, en el sentido que frente a escenarios no previstos, el marco legal permitirá a los gobiernos de turno adoptar las medidas necesarias, pertinentes y oportunas que garanticen la permanencia a las personas cesantes en el Sistema de Salud, independientemente del tipo de vinculación.

**5. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY**

**5.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

El artículo 48 de la Constitución Política establece que la seguridad social es un servicio público que se prestará bajo la dirección y coordinación del Estado, y que deberá

<sup>12</sup> <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

cuando se realiza la afiliación al régimen subsidiado bajo la condición de contribución solidaria.

**3. Haber aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al régimen contributivo, sobre un ingreso base de cotización hasta por un salario mínimo.**

La Viceministra también informó que en este momento la ADRES no está suspendiendo las afiliaciones de aquellos usuarios que perdieron su empleo durante la emergencia sanitaria, o han dejado de percibir ingresos a causa de la pandemia y que por ende han presentado dificultades con sus pagos; teniendo presente esta situación la ADRES está realizando el pago de la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, por los afiliados bajo modalidad "activos por emergencia" hasta cuando se levante el estado de emergencia sanitaria por coronavirus, con el fin de que, no vayan a tener ninguna barrera de acceso a los servicios de salud. Según el reporte de la ADRES hasta el momento había 632.166 beneficiarios que se encontraban en esa condición, se calcula que más o menos en ese momento el valor de UPC asumida por la ADRES asciende a la suma de \$105 mil millones de pesos.

El 11 de noviembre del año en curso la ADRES dio a conocer que, durante la Emergencia sanitaria generada por la pandemia de la COVID19, el SSGSSS logró mantener afiliadas a 2,2 millones de personas que perdieron su empleo o su capacidad de pago para realizar la cotización mensual a salud. Quienes cumplían los requisitos del subsidiado (población vulnerable con Sisbén I, II y III) se trasladaban automáticamente y quienes perdieron el empleo y no cumplían con los requisitos, seguían afiliados al régimen contributivo como "activos por emergencia", logrando con estos mecanismos de aseguramiento que las personas siguieran protegidas financieramente, ya sea con el seguro de salud del régimen contributivo o subsidiado<sup>11</sup>.

El mecanismo de contribución solidaria ayudará también al sistema, como lo plantea el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo), puesto que, si las personas estando en el régimen subsidiado, tienen alguna capacidad de pago de esta forma podrán contribuir al sistema para efectos de financiación del mismo, y así recibir un subsidio parcial y no un subsidio total a la cotización como se está planteando.

**4.4. Medida normativa permanente para mantener la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud**

Una enfermedad catastrófica desconocida o conocida sin vacuna tiene un impacto negativo en el crecimiento de la economía y golpea el empleo, en casos como este, en el que las autoridades se ven obligadas a tomar medidas de aislamiento como lo muestran las cifras citadas en los ítems 3.1. y 3.2. La relación laboral de los trabajadores frente a la imposibilidad de mantener el vínculo contractual por parte del empleador, se

<sup>11</sup> <https://www.adres.gov.co/Inicio/Noticias/Post/6741/2-2-millones-de-personas-mantuvieron-su-afiliacion-al-sistema-de-salud-en-pandemia-pese-a-estar-desempleados-o-no-cotizar-a-salud>

sujetarse a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, siendo un derecho irrenunciable.

En el mismo sentido, el artículo 49 consagra que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, y que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Son garantías constitucionales, de obligatorio cumplimiento, que implican necesariamente que el derecho que tienen las personas de acceso en materia de prestación de servicios de salud, les sea garantizado en condiciones no solo de equidad y calidad sino con respeto a sus derechos, para garantizar los fines esenciales del Estado (Const, 1991, art. 2).

**5.2. MARCO LEGAL**

**- Ley Estatutaria 1751 de 2015**

La Ley Estatutaria en cita prevé que:

"[...] El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.<sup>13</sup>"

En tal sentido, el artículo 6 de la misma Ley Estatutaria, contempla los elementos y principios del derecho a la salud como son: la disponibilidad, aceptabilidad, calidad, equidad, continuidad, prevalencia de derechos, progresividad, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia y universalidad, entre otros:

**ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida (...)

<sup>13</sup> Artículo 1.

<p><b>- Ley 1122 de 2007</b></p> <p>Esta ley introdujo algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular, en su artículo 14 incorporó las reglas generales de la organización del aseguramiento, deber de los prestadores del servicio.</p> <p><b>- Ley 1438 de 2011</b></p> <p>Mediante esta ley se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los artículos 2, 3 y 32 al 36 recogen las orientaciones generales de seguridad social en salud y principios del sistema, e incorpora el principio de <u>universalidad del aseguramiento</u>:</p> <p>"[...] <b>ARTÍCULO 2o.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, <u>se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país</u> y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros". (Negritas fuera del texto original).</p> <p>De igual manera, la <b>Ley 1438 de 2011</b>, en el capítulo III trata sobre la "Universalización del aseguramiento", refiere las reglas generales en el caso que las personas no tengan capacidad de pago, el cruce de bases de datos que se debe hacer con entidades como la DIAN, para que personas con capacidad de pago no estén beneficiadas en el Régimen Subsidiado, siendo una medida de control. También establece reglas cuando estando vinculado laboralmente una persona devenga menos de un salario mínimo, así como los subsidios parciales de cotización, entre otros:</p> <p><b>ARTÍCULO 35. PERMANENCIA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.</b> Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.</p> <p>Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el</p>	<p>patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.</p> <p>En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>- Ley 1955 de 2019</b></p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo aprobado para el periodo 2018-2022, en el artículo 242 señala que las personas clasificadas como no pobres o no vulnerables de acuerdo al Sisbén, deberán contribuir solidariamente al sistema según la capacidad de pago con el objetivo de que toda la población colombiana tenga acceso al Plan de Beneficios del SGSSS.</p> <p>Además, refuerza el régimen sancionatorio para las personas que teniendo capacidad de pago estén afiliados al régimen subsidiado, dado que, desplazan a quienes necesitan el derecho:</p> <p><b>Artículo 242. SOLIDARIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD.</b> Los afiliados al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al Sisbén, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a su capacidad de pago parcial, definida según el mismo Sisbén.</p> <p>El recaudo de la contribución se efectuará por los canales que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, recursos que se girarán a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), donde harán unidad de caja para el pago del aseguramiento.</p> <p>La base gravable será la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará unas tarifas progresivas entre el 1% y el 15%, de acuerdo con la capacidad de pago parcial, las cuales se aplicarán a grupos de capacidad similar.</p> <p>Cuando se identifiquen personas afiliadas al Régimen Subsidiado con capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización deberán afiliarse al Régimen Contributivo.</p>
<p>Les corresponderá a las alcaldías municipales garantizar que los afiliados al régimen subsidiado en salud cumplan con los requisitos legales para pertenecer a dicho régimen, sin perjuicio de las competencias de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP).</p> <p>En caso de que se determine que el subsidio en salud se obtuvo mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, se compulsará copia del expediente a la Fiscalía General de la Nación.</p> <p><b>PARÁGRAFO.</b> Los afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán adquirir un seguro para proteger su ingreso de subsistencia en momentos de enfermedad, según las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>5.3. MARCO JURISPRUDENCIAL</b></p> <p>Refuerza el marco constitucional en materia de derechos fundamentales a la salud y conexos, las decisiones adoptadas por la honorable Corte Constitucional en el marco de su competencia de revisión de las tutelas. Por vía de ilustración, los Autores del proyecto citaron las siguientes sentencias:</p> <p><b>- Sentencia T-568 de 2005:</b></p> <p>En la Sentencia T-568 de 2005 la honorable Corte Constitucional estableció el carácter temporal de estas medidas o tránsito entre los regímenes:</p> <p>"[...] La obligación de garantizar la continuidad del servicio de salud es de carácter estrictamente temporal, pues una vez concluida una relación laboral, el trabajador se puede encontrar en alguna de las siguientes hipótesis: i) La persona continúa vinculada al régimen contributivo de Salud. ii) La persona pasa a estar vinculada al Sistema de Salud, a través del régimen subsidiado. iii) La persona tiene recursos económicos suficientes para seguir costeadando el tratamiento que se le viene prestando. iv) La persona está por fuera de los regímenes contributivo y subsidiado, por defecto, se encuentra en el régimen vinculado. v) La persona deja de requerir un servicio médico para salvaguardar su vida o su integridad."</p> <p>En la misma sentencia la Corte establece ciertos parámetros que el legislador y operadores deben considerar cuando una persona queda por fuera del régimen contributivo por impago, y no tiene cobertura en el régimen subsidiado por no estar incluido en el Sisbén o no tener el puntaje requerido:</p>	<p>"[...] Cuando una persona se encuentra por fuera del régimen contributivo por no ser ni afiliado ni beneficiario, y no está protegida por el régimen subsidiado, por no reunir las condiciones para ello o simplemente porque el Sistema no se ha extendido aún hasta un punto tal en el que pueda ser incluida (por ejemplo, por fallas en la encuesta de identificación de necesitados o porque existen muchas personas que se encuentran en una situación de precariedad mayor, y aún no han ingresado al Sistema de Salud), esta persona, por defecto, será atendida en caso de necesidad por el sistema vinculado. En este caso serán las entidades de salud encargadas de prestar el servicio de salud, contratadas por las entidades territoriales encargadas de costearlo, a las que deberá acudir la persona que está por fuera de los otros dos regímenes. En este caso, la obligación de la EPS que venía prestando el servicio de salud específico a la persona que lo requiere para conservar su vida e integridad, también es de carácter temporal. La EPS debe garantizar la continuidad del servicio de salud para proteger los derechos del paciente, hasta tanto la nueva entidad encargada de prestar el servicio en cuestión asuma sus obligaciones legales y los continúe efectivamente prestando."</p> <p><b>- Sentencia T-152 de 2019:</b></p> <p>La Corte Constitucional en esta Sentencia y en precedentes, ha establecido que una EPS no puede interrumpir los tratamientos o servicios prestados a la persona que pierde la calidad de beneficiario puesto que, en virtud del principio de continuidad:</p> <p>"[...] tiene derecho a que se le siga prestando el servicio y el tratamiento hasta el momento en el cual se asegure que la atención de la persona afectada pasa a ser responsabilidad de otra entidad y, mientras tanto, tiene, además, el deber de informar, orientar y acompañar al usuario de los servicios de salud, de manera que si la debida información resulta insuficiente, ha de cumplir el deber de acompañamiento y de coordinación con la entidad que asume la continuación del tratamiento."</p> <p><b>6. IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p>De conformidad con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de la entidad competente. Es pertinente mencionar, para el caso en concreto, que, no obstante, lo anterior tenemos como sustento un pronunciamiento de la Corte Constitucional, en la Sentencia C-911 de 2007, en la cual se puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. La iniciativa busca incorporar en la legislación ordinaria una de las disposiciones establecidas en el Decreto Legislativo 800 del 4 de junio de 2020, mediante la cual se crean varias medidas de protección para los trabajadores, que como consecuencia de las dificultades económicas actuales, perdieron la posibilidad de continuar cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>

**7. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY.**

El proyecto de ley radicado consta de los siguientes 3 artículos:

<b>Título</b>	"Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante"
<b>Artículo 1° OBJETO</b>	Establecer medidas para garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población cesante y que no cumple con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, en cumplimiento al principio de universalidad dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1438 de 2011
<b>Artículo 2°</b>	Adiciónese un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en los siguientes términos:  <b>Parágrafo segundo.</b> Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud, mediante el mecanismo de contribución solidaria de este artículo, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral o contrato civil y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente - SMLMV-.  La permanencia en el mecanismo no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral o contractual, o hasta el inicio del periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique.  En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni reinicio de los tratamientos.  El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este mecanismo temporal.
<b>Artículo 3° VIGENCIA</b>	Esta Ley rige a partir del momento de su promulgación.

**8. PLIEGO DE MODIFICACIONES**

En el primer debate surtido en la Comisión Séptima del Senado de la República, al Proyecto de Ley 154 de 2020 Senado "Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante",

varios Honorables Senadores nos dieron a conocer sus propuestas para enriquecer los artículos de este proyecto de Ley; algunas de las proposiciones fueron radicadas y otras no; no obstante que algunas hayan sido radicadas y otras no, las mismas se dejaron como constancia para el segundo debate en la Plenaria del Senado.

Agradecemos el acompañamiento y las importantes propuestas y sugerencias presentadas por los HH.SS. Laura Fortich, Nadia Bliel, Milla Romero y Jesús Alberto Castilla

A continuación, se expone el articulado propuesto para segundo debate en la Plenaria del Senado:

Proyecto de Ley N° 154 de 2020 Senado	Proposiciones	Articulado propuesto para segundo debate
<b>TÍTULO "Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante"</b>	Se mantiene la redacción del título.	<b>TÍTULO "Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante."</b>
<b>ARTÍCULO 1o. Objeto.</b> Establecer medidas para garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población cesante y que no cumple con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, en cumplimiento al principio de universalidad dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1438 de 2011.	Se mantiene la redacción del artículo 1°	<b>ARTÍCULO 1o. Objeto.</b> Establecer medidas para garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población cesante y que no cumple con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, en cumplimiento al principio de universalidad dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1438 de 2011.

<b>ARTÍCULO 2° Adiciónese un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en los siguientes términos:</b>  <b>Parágrafo segundo.</b> Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud, mediante el mecanismo de contribución solidaria de este artículo, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral o contrato civil y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente - SMLMV-.  La permanencia en el mecanismo no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral o contractual, o hasta el inicio del periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique.  En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni reinicio de los tratamientos.  El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este mecanismo temporal.	Se ajusta redacción del enunciado del artículo 2°, en observancia de las sugerencias presentadas por la H.S. Laura Fortich, de la siguiente manera: <b>ARTÍCULO 2° Modifíquese el artículo 6 del Decreto Legislativo 800 de 2020 el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 6.</b> Adicionar el parágrafo segundo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en los siguientes términos:  Asimismo, en el parágrafo segundo se elimina la palabra Civil, con fundamento en lo manifestado por la H.S. Nadia Bliel, al exponer que el ámbito de los contratos civiles es muy amplio y es mejor delimitarlo a prestación de servicios.  De igual manera, se ve la necesidad de incorporar a los independientes que se pueden ver afectados ya que son parte de la población que aporta al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y como se ha hecho evidente en medio de esta pandemia, también se ven afectados al dejar de percibir ingresos y por ende no poder continuar realizando la respectiva cotización. Para estimar el porcentaje de independientes que cotizan al SGSSS, se realiza una aproximación con los informes del Dane, al tomar como referencia el porcentaje de trabajadores por cuenta propia del tercer trimestre de este año y se compara con el informe del mismo periodo sobre informalidad y seguridad social. Evidenciando que el 59% de los trabajadores que son aportantes al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que es equivalente al 26% del total de trabajadores en general a nivel nacional que cotizan a seguridad social.  Igualmente, se recibió por parte del H.S. Jesús Alberto Castilla, quien consultó si la iniciativa era tanto para el cesante como para sus beneficiarios, a lo cual se dio claridad y se ratificó que efectivamente la medida cobijará también a los beneficiarios de los Cesantes. El H.S. Castilla realizó la siguiente proposición aditiva la cual dejó como constancia para el segundo debate, la cual fue acogida donde se realimenta que <b>Los cesantes y sus beneficiarios, podrán seguir afiliados a su EPS.</b>  En este mismo sentido, y para dar mayor claridad, con respecto al tiempo que puede	<b>ARTÍCULO 2° Modifíquese el artículo 6 del Decreto Legislativo 800 de 2020, el cual quedará así:</b>  <b>Artículo 6. Adiciónese el parágrafo segundo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en los siguientes términos:</b>  <b>Parágrafo segundo.</b> Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud, mediante el mecanismo de contribución solidaria de este artículo, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral, contrato de prestación de servicios e independientes que se puedan ver afectados y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente - SMLMV-.  <b>Los cesantes y sus beneficiarios, podrán seguir afiliados a su EPS y la permanencia en el mecanismo no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral, contractual o como aportante independiente. Cuando resulte aplicable la protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, se verificará su finalización para que el cesante ingrese al régimen subsidiado mediante la contribución solidaria. Si la persona da inicio a una nueva relación laboral, contractual o si inicia nuevamente a cotizar dentro de ese año, pasará de nuevo al sistema contributivo. En todos los casos, no podrá exceder el año inicialmente señalado en esta disposición.</b>  En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni reinicio de los tratamientos.  El Ministerio de Salud y Protección
---	---	--

	permanecer el cesante y sus beneficiarios en régimen subsidiado, se mejora la redacción del inciso segundo del parágrafo segundo, donde también se retoma la apreciación del H.S. Castilla y se incorpora en el texto que la permanencia en el régimen subsidiado será hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual.  De igual forma, se hizo necesario incorporar los aportantes independientes, y en el caso que al cesante le aplica el periodo de protección laboral o el periodo de protección de protección al cesante, entonces se deberá realizar la respectiva verificación de la finalización de dichos periodos, y si aun a la fecha la persona sigue cesante, entonces podrá ingresar al régimen subsidiado mediante la contribución solidaria por el tiempo que resta desde que finalizó su relación laboral, contractual o dejó de aportar al sistema como independiente, o en su defecto, hasta el momento que la persona inicie una nueva relación laboral o contractual, donde pasará inmediatamente al régimen contributivo. En todos los casos, no podrá exceder el año inicialmente señalado en esta disposición.	Social reglamentará este mecanismo temporal.
<b>ARTÍCULO 3. Vigencia.</b> Esta Ley rige a partir del momento de su promulgación.	Se realiza modificación de forma al artículo 3º.	<b>ARTÍCULO 3. Vigencia y derogatorias.</b> Esta Ley rige a partir del momento de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**9. CAUSALES DE IMPEDIMENTO**

De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, se señalan algunos criterios guía en los que se podría configurar conflictos de intereses, para que los congresistas tomen una decisión, en torno a si se encuentran inmersos en alguna de estas causales, sin embargo, pueden existir otras causales en las que se pueda encontrar cada congresista, las cuales deberán ser determinadas para cada caso en particular por su titular, siendo estos criterios meramente informativos y que deben ser analizados teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019.


Entre las situaciones que señala el artículo 1° antes mencionado, se encuentran: a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado; b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión; y el c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”.

Por lo anterior, las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés, serían aquellos que tengan un beneficio particular, actual y directo a favor de parientes hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, desempleados y que no cumplan con las condiciones para acceder al régimen subsidiado de salud.

**10. PROPOSICIÓN.**

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito al Honorable Senado de la República dar segundo debate al Proyecto de Ley N° 154 de 2020 Senado *“Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante”*, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia POSITIVO.


Atentamente,



**AYDEE LIZARAZO CUBILLOS**  
Ponente Única  
Senadora de la República

**ARTÍCULO 3. Vigencia y derogatorias.** Esta Ley rige a partir del momento de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De la Honorable Congresista,



**AYDEE LIZARAZO CUBILLOS**  
Ponente Única  
Senadora de la República

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA**

**Proyecto de Ley No. 154 de 2020 Senado**  
*“Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante.”*

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA,  
DECRETA:

**ARTÍCULO 1º. Objeto.** Establecer medidas para garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población cesante y que no cumple con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, en cumplimiento al principio de universalidad dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1438 de 2011.

**ARTÍCULO 2º.** Modifíquese el artículo 6 del Decreto Legislativo 800 de 2020 el cual quedará así:  
**Artículo 6.** Adiciónese el parágrafo segundo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en los siguientes términos:

**Parágrafo segundo.** Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud, mediante el mecanismo de contribución solidaria de este artículo, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral, contrato de prestación de servicios e independientes que se puedan ver afectados y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente -SMLMV-.

Los cesantes y sus beneficiarios, podrán seguir afiliados a su EPS y la permanencia en el mecanismo no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral, contractual o como aportante independiente. Cuando resulte aplicable la protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, se verificará su finalización, para que el cesante ingrese al régimen subsidiado mediante la contribución solidaria. Si la persona da inicio a una nueva relación laboral, contractual o si inicia nuevamente a cotizar dentro de ese año, pasará de nuevo al sistema contributivo. En todos los casos, no podrá exceder el año inicialmente señalado en esta disposición.

En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni reinicio de los tratamientos.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este mecanismo temporal.

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO**

*por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá D.C., 09 de diciembre de 2020

Senador  
**JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA**  
Presidente Comisión Séptima  
Senado de la República  
Ciudad

En cumplimiento del encargo realizado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, presento Informe de Ponencia para segundo debate del **PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO** *“Por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.”*

La presente ponencia consta de los siguientes ítems:

1. TRÁMITE
2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY
3. CONCEPTOS
4. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY
5. PLIEGO DE MODIFICACIONES
6. PROPOSICIÓN
7. TEXTO PROPUESTO

1. TRÁMITE

El proyecto de ley objeto de estudio es de autoría del suscrito Senador Carlos Fernando Motoa Solarte, fue radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el pasado 10 de agosto de 2020, publicado en la Gaceta del Congreso No. 742 de 2020 y repartido a la Comisión Séptima del Senado de la República, por ser materia de su competencia.

El 2 de septiembre de 2020 me fue notificada la decisión de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, de designar al Senador Carlos Fernando Motoa Solarte como ponente único para primer debate del Proyecto de Ley No. 203 de 2020 Senado *“Por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.”*

La Comisión Séptima del Senado de la República el pasado 5 de noviembre aprobó por unanimidad el proyecto de ley 203 de 2020, con proposiciones realizadas por los honorables senadores Milla Patricia Romero, Aydeé Lizarazo, Nadia Bell Scaff y José Ritter López, donde se realizaron ajustes al articulado conforme a los diferentes comentarios de las asociaciones y agremiaciones en atención prehospitalaria.

**2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY**

El Proyecto de Ley No. 203 de 2020 busca regular el ejercicio y las competencias del personal de Atención Prehospitalaria (APH), perteneciente al área de la salud, con el fin de asegurar que se desarrollen conforme a los estándares internacionales y del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, para contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva de los colombianos.

El Proyecto de Ley 203 de 2020, está compuesto por 8 artículos así:

Nro. Artículo	Contenido del artículo
1	Objeto
2	En este artículo se define los siguientes conceptos: a. Estándares Internacionales en Salud. b. Atención Prehospitalaria.

1. Que la ley propende por el desarrollo de las competencias en Atención Prehospitalaria al nivel de la formación Tecnológica de la educación superior, por sobre la formación a nivel Técnico Profesional.

*La Ley debe impulsar la formación en Atención Prehospitalaria al nivel de Tecnología, teniendo en cuenta el riesgo social que implica el ejercicio de este talento humano, el cual debe realizar las actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a preservar la vida ya disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta el traslado del paciente hasta las instalaciones de un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Debe tenerse en cuenta que los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria tienen en promedio, un (1) año y medio más de preparación sobre los Técnico Profesionales y, sin embargo, tienen los mismos campos de desempeño.*

2. Que la Ley señale claramente que la normatividad vigente no contempla la formación en Atención Prehospitalaria a nivel profesional universitario, ya que las competencias para la atención del paciente en un nivel avanzado, tanto en ambiente prehospitalario como en el hospitalario, son desarrolladas por los Profesionales en Medicina y Enfermería. Por esta misma razón, las ambulancias para la atención de mediana complejidad, deben estar tripuladas por Profesionales en Medicina.
3. Que la Ley señale que la formación en Atención Prehospitalaria no debe desarrollar competencias de otros perfiles, en especial, las instituciones de Educación Superior deben tener la precaución de no incluir el desarrollo de competencias propias de los Profesionales de Enfermería y Medicina y de los Auxiliares del Área de la Salud (Auxiliar en Enfermería, Auxiliar Administrativo en Salud, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, Auxiliar en Salud Oral)
4. Que la Ley señale, de manera especial que la formación en Atención Prehospitalaria no debe incluir el desarrollo de competencias para realizar Atención Domiciliaria a paciente crónico o a paciente que continúa la hospitalización en casa, ya que estas corresponden a la formación Profesional en Medicina y Enfermería y a la formación Auxiliar en Enfermería.
5. Que la Ley señale que durante la Atención Prehospitalaria, las decisiones de tratamiento inicial de pacientes y las decisiones de tratamiento durante el traslado, deben estar avaladas por un Profesional de Medicina.
6. Que la Ley señale que, por la misma naturaleza del perfil en Atención Prehospitalaria, este está llamado a desempeñarse, como su nombre lo indica, en la atención de pacientes antes de su ingreso al ambiente hospitalario, por lo tanto, entre los ámbitos de desempeño para el ejercicio de Triage en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias de baja complejidad.”

**3.2. Universidad de Antioquia**

	c. Servicio de Atención Prehospitalaria.
3	Se delimita el campo del ejercicio de los Tecnólogos y Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria.
4	Se establecen las actividades de los Tecnólogos Prehospitalarios y de los Técnicos Profesionales en Atención Prehospitalaria
5	Se indican los requisitos para el ejercicio de actividades propias en Atención Prehospitalaria.
6	Se determina que la vigilancia y control del ejercicio en Atención Prehospitalaria, le corresponde al Ministerio de Salud o Direcciones Territoriales de Salud
7	Se crea el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria, como organismo consultivo del Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.
8	Vigencia.

**3. CONCEPTOS**

Con el propósito de establecer una posición más clara e institucionalizada frente al proyecto de ley, se solicitó concepto a las siguientes entidades:

**3.1. Ministerio de Salud**

*“Para la organización del Servicio de Atención Prehospitalaria, el sistema General de Seguridad Social en Salud requiere lo siguiente:*

*“La justificación de la atención prehospitalaria en nuestro país se defiende y se argumenta sola al ser un país donde el sistema de salud es tan costoso y Históricamente, Colombia ha tenido frecuencias altas y picos fluctuantes en la tasa de homicidios; para el año 2016, se presentaron 25.438 muertes violentas en el país (denominadas causas externas), correspondientes a una tasa de 52,18 muertes por cada 100.000 habitantes/año. Los años de vida potencialmente perdidos se concentraron más en la población con edades entre los 20 a 35 años.*

*En el mismo sentido, la defervescencia del conflicto armado en las zonas rurales ha llevado a que las cifras de lesionados sean mayores en los centros urbanos, con un aumento relativo en las víctimas por violencia, que refleja un cambio en el*

*comportamiento comunitario que afecta a la población civil, fenómeno reforzado por costumbres sociales arraigadas como el abuso en el consumo del alcohol y de drogas psicoactivas.*

*Durante el año 2017 en Colombia ocurrieron 718 inundaciones, dejando 444.285 afectados. Además, se presentaron 179 deslizamientos en diferentes departamentos del país; un caso particular fue el de la ciudad de Manizales, que se vio fuertemente afectada por diferentes deslizamientos e inundaciones que dejaron como saldo 17 personas muertas, 31 heridos y 720 familias afectadas.*

*El invierno y las fuertes lluvias ocasionaron 21 avalanchas dejando 21.600 afectados, siendo la más memorable la ocurrida en Mocoa el 1 de abril, donde 323 personas perdieron la vida y un número indeterminado de personas permanecen desaparecidas, luego de que el lodo arrasara con 17 barrios del municipio. Para este mismo, año se presentaron 28 tormentas eléctricas que dejaron 12 persona afectadas. También en el mismo año, en el país la cifra de homicidios fue de 11.373; y se registraron 40114 lesionadas por accidente de transporte. Todo lo anterior representa el panorama nacional que en la actualidad tiene lugar, generando muertes y lesiones traumáticas, generalmente severas, que demandan de un adecuado sistema de atención en salud, no solo en las instituciones hospitalarias sino también en los sitios de ocurrencia de los accidentes y desastres naturales, de manera que se pueda garantizar una atención idónea desde el mismo sitio del evento, y se prevengan las lesiones y secuelas que suceden por inadecuado tratamiento de los heridos entre esos sitios y las instituciones de atención en salud.*

*Las personas que sufren un trauma presentan tres momentos críticos relacionados con la muerte: hay un primer grupo que muere inmediatamente, como consecuencia de grandes lesiones craneoencefálicas o cardiovasculares; un segundo grupo de personas morirá en la primera hora siguiente al trauma, siendo la intervención en estos momentos decisiva para*

salvar la vida; en el tercer grupo de personas traumatizadas, la muerte puede ocurrir días o semanas después, generalmente por infecciones o disfunción de sus diversos sistemas.

Muchas de las muertes asociadas a los eventos traumáticos se podrían evitar si las acciones en los primeros momentos de emergencia fueran manejadas por personas debidamente formadas en intervención prehospitalaria; igualmente, muchas lesiones definitivas como pérdida de miembros, lesiones irreparables de columna vertebral y otras secuelas que incapacitan parcial o totalmente a la persona víctima de estos accidentes, podrían también evitarse con acciones iniciales de manejo que sean ejecutadas por personas que hayan recibido una formación adecuada.

La anterior descripción muestra el panorama amplio que, en la actualidad, soporta globalmente la necesidad de programas para la formación de personas idóneas en la primera respuesta a las situaciones de trauma, en su origen diverso, y sustenta la necesidad en la región y el país de formar Técnicos profesionales y Tecnólogos en Atención Prehospitalaria con competencias prácticas y académicas para la atención de las personas, en el mismo sitio en el que se produce la lesión, incluido el traslado seguro hasta el servicio de urgencias, o el traslado de pacientes a niveles de complejidad mayor, según la necesidad del paciente." (SIC)

**3.3. ASUNAPH Asociación Colombiana de Universidades con el Programa de Atención Pre hospitalaria**

El término PARAMEDICO en Colombia hace relación a las diferentes profesiones que intervienen en el cuidado en salud trabajando al lado del médico. En los diferentes documentos oficiales y gubernamentales en donde se hace referencia a la atención prehospitalaria, no se encuentra el término de paramédico, se hace referencia al Tecnólogo y Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria, títulos que son otorgados por diferentes instituciones de educación superior, bajo los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional. Dejar este término en una Ley del Congreso genera confusiones y no tendría un respaldo ni en lo trabajado por el Ministerio de la Salud en lo referente a recurso humano en salud ni de Educación Nacional en la formación del mismo. La formación universitaria ha buscado distinguir ambas denominaciones manteniendo coherencia con la reglamentación de nuestro sistema general de seguridad social en salud. Adicionalmente, si se revisa la resolución 3100 del año pasado, sobre el sistema de habilitación de servicios en salud, no se encuentra el perfil de paramédico como parte del talento humano reconocido, como sí lo hace el de tecnólogo en atención prehospitalaria

**4. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY**

**4.1. MARCO CONSTITUCIONAL**

se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho.

Este derecho y la exigencia de su cumplimiento no es ajena al Bloque de Constitucionalidad, el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14 (2000) acerca 'el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud'.

De manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que 'la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos'. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está 'estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos', refiriéndose de forma específica al 'derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación'. Para el Comité, 'esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud' <sup>2</sup>

Por su parte la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" reza:

"Artículo 10. Derecho a la Salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
  - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
  - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

<sup>2</sup> Ibidem.

El derecho a la salud se encuentra de forma expresa en los artículos 44 y 49 de nuestra Constitución Política de 1991 como un derecho inherente a la persona, donde se establece que su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

La Corte Constitucional jugó un papel trascendental en el reconocimiento a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos en condiciones de igualdad y dignidad. No hacerlo conduce a que se presente un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles. Al respecto el máximo intérprete manifestó:

*"El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles."*<sup>1</sup>

Ahora bien, en ese análisis del derecho se debe tener en cuenta que algunas de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental y que tienen un carácter prestacional, son de cumplimiento inmediato, bien sea porque se trata de una acción simple del Estado, que no requiere mayores recursos, o porque a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata por ejemplo, la obligación de adoptar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar la atención en salud de toda persona.

Las obligaciones de carácter prestacional derivadas de un derecho fundamental son de **cumplimiento progresivo**, por la complejidad de las acciones y los recursos que

<sup>1</sup> Sentencia Corte Constitucional T 760 de 2008 M.P. Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables."

Qué mejor que garantizar ese cumplimiento de **atención primaria de la salud**, entendiéndose como la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de **todos los individuos y familiares de la comunidad** de tal forma que se regule de manera integral la atención en salud, que si bien no se da en las instalaciones de una entidad prestadora del servicio de salud, si implica el trabajo de un personal capacitado (Prehospitalario) para que sea el **primer respondiente** el que garantice los derechos a la salud y la vida.

**4.2. MARCO LEGAL**

La Ley 1164 de 2007 (artículo 2) habla sobre el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y el mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

De igual forma, establece las características inherentes al accionar del Talento Humano en Salud y las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

En cuanto a los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, establece que se entiende que para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud requiere el cumplimiento de acreditar un título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado).

<sup>3</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". 17 de noviembre de 1988.

<p>Adicionalmente, establece que el ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud "Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin los requisitos establecidos en la presente ley." Siendo así, la Atención Prehospitalaria, por ser un ejercicio profesional y por tener unas competencias definidas sólo puede ser brindada por un Tecnólogo o Profesional en Atención Prehospitalaria.</p> <p>En la Ley 1164 de 2007 se definen las competencias del talento humano en salud, igualmente lo ratifica la ley 749 de 2002, que regula la formación y las instituciones de educación superior técnicas profesionales y tecnológicas, donde menciona que el Tecnólogo tiene responsabilidades de dirección, coordinación y gestión de conformidad con la especificidad del programa universitario.</p> <p>Las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud del 2012, en su presentación define la Atención Prehospitalaria como: El desarrollo de la atención prehospitalaria en nuestro medio ha sido identificado como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud para el manejo de urgencias, emergencias y desastres, haciendo parte fundamental de los sistemas de emergencias médicas (SEM).</p> <p>Comprende el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brinda a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho o durante su transporte hacia un centro asistencial o cuando es remitido de un centro asistencial a otro.</p> <p><b>4.3. CONVENIENCIA Y PERTINENCIA DE LAS MEDIDAS PREVISTAS EN EL PROYECTO DE LEY.</b></p> <p>La inculcable inversión económica que implican las complicaciones hospitalarias en personas que sufren situaciones de emergencia tanto de tipo médico como traumático, las secuelas y la pérdida de vidas humanas pueden ser claramente impactadas si se logra una cultura de la adecuada y oportuna de Atención</p>	<p>Prehospitalaria y el desarrollo de verdaderos sistemas de atención a personas en situaciones de emergencia o desastres.</p> <p>El campo de la Atención Prehospitalaria se define entonces como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial; este campo ha sido poco abordado por las instituciones universitarias y servicios de salud en nuestro país.</p> <p>Actualmente, en Colombia existen 11 universidades<sup>4</sup> que tienen dentro de su oferta académica el programa de Atención Prehospitalaria. Esas instituciones de educación superior han consolidado un diagnóstico amplio a partir de la necesidad de formar recurso humano en salud en el área de Atención Prehospitalaria, para contribuir así con alternativas que permitan afrontar y contrarrestar los efectos de los problemas médicos o por trauma y violencia en el país.<sup>5</sup> Como se ha visto, en Colombia el trauma constituye un problema de salud pública. Desde la década de los años 70 del siglo XX, las lesiones violentas tanto intencionales como no intencionales han ocupado los primeros lugares entre las causas de mortalidad en este país. De allí deriva la importancia de su manejo y que las personas que atienden este tipo de situaciones estén plenamente capacitadas.<sup>6</sup></p> <p>La primera atención que recibe un paciente de un accidente o una urgencia es por parte de los prehospitalarios o paramédicos y es así como el tiempo en que el paciente es acompañado y trasladado es vital para determinar su supervivencia o recuperación en el mundo clínico los primeros 60 minutos en que es atendido el paciente es llamado la "hora dorada" o el "periodo de oro".</p> <p><sup>4</sup> Sistema Nacional de la Educación Superior - SNIES  <sup>5</sup> "https://vanguardia.com.mx/%60ahoradoradaatencionmedica-45269.html"  <sup>6</sup> ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TRAUMA EN COLOMBIA - Facultad de Medicina - Universidad de Manizales</p>
<p><b>a. La hora dorada</b></p> <p>Humberto Salas Torres coordinador de paramédicos y ambulancias de la Cruz Roja Mexicana explica de manera general sobre el tiempo en que una persona debe recibir atención médica en un lapso menor a una hora. "El paciente tiene que llegar en menos de una hora a un hospital, si esto es efectivo tiene mayores posibilidades de vivir o evitar que tenga una secuela. Si pasa a lo que se le llama "la hora dorada", los resultados pueden llegar a ser hasta fatales."<sup>7</sup> Si llega en más tiempo de acuerdo con cada urgencia que se presente, la persona podría tener menos oportunidades para vivir o recuperarse pronto de las lesiones que haya sufrido en el incidente o cualquier cosa que se refiera a un trauma.<sup>8</sup></p> <p><b>b. Evaluación y Manejo - Fase prehospitalaria</b></p> <p>Es vital en la "hora de oro" del trauma tener un sistema prehospitalario eficiente que cumpla con los principios básicos del manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rápida valoración;</li> <li>• manejo apropiado de la vía aérea;</li> <li>• control eficiente de la hemorragia;</li> <li>• estabilización de fracturas;</li> <li>• iniciación de reemplazo de volumen sanguíneo en su trayecto al hospital;</li> <li>• traslado en el menor tiempo posible.</li> </ul> <p>El curso EMT-B por sus siglas en inglés Emergency Medical Technician-Basic, se creó para entrenar a los paramédicos en el manejo inicial del trauma. Ellos siguen un esquema de Triage, en un protocolo de 4 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluando signos vitales;</li> <li>2. presencia de lesiones mayores;</li> <li>3. condiciones en que ocurrió el evento y</li> <li>4. antecedentes relevantes para decidir el traslado a un centro de trauma</li> </ol> <p><sup>7</sup> https://vanguardia.com.mx/%60ahoradoradaatencionmedica-45269.html  <sup>8</sup> Ibidem.</p>	<p><b>c. Atención de emergencias médicas en desastres</b></p> <p>Los paramédicos también prestan una importante labor en temas de atención de emergencias, catástrofes y desastres naturales. El terremoto de Popayán en el Cauca en 1983; la toma del Palacio de Justicia en Bogotá y el desastre de Armero, Tolima, en 1985, visibilizan las limitaciones en materia de atención oportuna y adecuada en ambientes extrahospitalarios.<sup>9</sup></p> <p>Hoy contamos con algunas instituciones que lideran las labores de emergencias y desastres capacitados en Atención Prehospitalaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Policía Nacional de Colombia cuenta con una unidad C-SAR,<sup>10</sup> que desarrolla actividades de búsqueda, localización, recuperación y estabilización de víctimas de aeronaves derribadas o accidentadas en el área de operación. Dentro de sus funciones realizan actividades como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar los planes de evacuación, evasión y comunicaciones de acuerdo con la zona, efectuando enlaces con sanidad policial o entidades médicas que se encuentren en el área de operaciones.</li> <li>• Realizar y coordinar el traslado de los elementos logísticos y equipo médico necesario para cumplir con los requerimientos exigidos en las operaciones de aspersión, interdicción, erradicación manual y apoyos humanitarios ordenados por la Policía Nacional.</li> <li>• Proveer observación y seguridad a aeronaves y personal de tripulación, envueltos en operaciones de aspersión aérea y rescate.</li> </ul> </li> <li>- La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. tiene habilitado el Centro</li> </ul> <p><sup>9</sup> http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-03-00410.pdf  <sup>10</sup> https://www.policia.gov.co/especializados/c-sar</p>

Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE -<sup>11</sup>, encargado de coordinar la atención y resolución de las urgencias médicas, las emergencias y los desastres del Distrito Capital a través del Sistema de Emergencias Médicas. Tiene como Misión garantizar la atención oportuna y eficiente a la población en situaciones de urgencias, emergencias y desastres. Así mismo, genera políticas y apoya decididamente la promoción, la prevención, la investigación, educación y desarrollo del talento humano para optimizar la prestación del servicio.

El CRUE es la agencia en salud que recibe las solicitudes, casos e incidentes desde el Número Único de Seguridad y Emergencias - Línea 123. Es en Colombia el que más innova en tecnología e invierte recursos especializados para la atención de urgencias y emergencias. Prestan servicios de:

- Atención Prehospitalaria en urgencias y emergencias.
- Formación y fortalecimiento de los actores del Sistema de Emergencias Médicas Distritales.
- Apoyo en la gestión de riesgo para la prevención y atención de emergencias y desastres en el sector salud.

**d. Necesidad de una apropiada capacitación.**

Si una persona realiza procedimientos de primeros auxilios sin tener los conocimientos apropiados como: malas maniobras de reanimación, la inyección de medicamentos no adecuados, las inmovilizaciones mal ejecutadas, o cualquier otra práctica médica desarrollada de manera incorrecta, puede generar lesiones e incluso ocasionar la muerte de pacientes que probablemente hubieran sobrevivido o tenido una mejor recuperación gracias a una atención prehospitalaria correcta bajo los protocolos establecidos.

Es por todo lo anterior, que el Estado debe velar porque las personas que ejerzan funciones de atención prehospitalaria estén capacitadas adecuadamente para ello, no sólo para detener las consecuencias ya generadas por el accidente o enfermedad

<sup>11</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Informacion\\_Crue.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Informacion_Crue.aspx)

sufridos, sino para evitar que la mala práctica o inexperiencia lleven a empeorar las condiciones de salud de la persona. Adicionalmente, los paramédicos deben tener conocimiento sobre el manejo de elementos de protección de bioseguridad, para evitar contagios o afectaciones a su propia salud. La mala capacitación del personal de atención prehospitalaria puede poner en riesgo la vida de los demás habitantes del país, el control y vigilancia de este servicio, que se quiere regular en la presente ley, es también esencial para la vida de todos los colombianos.


**5. PLIEGO DE MODIFICACIONES**


TEXTO PROPUESTO	COMENTARIOS
<p><b>ARTÍCULO 1o. OBJETO.</b> La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio y competencias en la Atención Prehospitalaria, conforme a los estándares internacionales para contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva <u>en situaciones de urgencia, emergencia y de desastre.</u></p>	<p>Se agrega la expresión en <u>en situaciones de urgencia, emergencia y de desastre.</u> Siendo el campo de ejercicio de la atención prehospitalaria</p>
<p><b>ARTÍCULO 4o. ACTIVIDADES.</b> Los Tecnólogos Prehospitalarios entre otras podrán desempeñar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Coordinador de establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y demás instituciones públicas y privadas que deban crear un Comité de Emergencias o de Gestión del Riesgo conforme a la legislación vigente.</li> <li>b. Coordinador Operativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.</li> <li>c. <b>Coordinador u operador del equipo de prevención y atención de desastres en equipos institucionales de educación en salud.</b></li> </ul>	<p>Se agrega un literal conforme al perfil de competencias establecido en las instituciones</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Coordinador de equipos interdisciplinarios en situaciones de emergencias y desastres, y en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público;</li> <li>e. Apoyar y brindar el Soporte Vital Básico y Avanzado, según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</li> <li>f. Asesorar a las entidades que tienen a su cargo las funciones de inspección y vigilancia de los establecimientos que prestan servicios de Atención Prehospitalaria, Emergencias y Desastres, para que desarrollen dichas actividades con personal idóneo que ostente el título de <b>educación superior</b> en Atención Prehospitalaria.</li> <li>g. Participar en actividades de Promoción, Prevención, Atención y Recuperación de Emergencias y Desastres;</li> <li>h. Ser docente de educación formal y no formal, en el campo de su especialidad.</li> <li>i. Coordinar programas de atención de emergencias realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (Triage) traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias, en instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el servicio de urgencias de baja complejidad.</li> <li>j. Participar en ámbitos industriales al interior de brigadas de emergencia, en grupos de apoyo, salud ocupacional y gestión del riesgo, así como en centrales de comunicación de emergencias.</li> </ul> <p>Los Técnicos Profesionales en Atención Prehospitalaria entre otras podrán desempeñar las siguientes</p>	<p>de educación superior que ofertan el programa de tecnólogo en atención prehospitalaria.</p>
---	--

<p>actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Asesor técnico</b> delegado de unidades o establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.</li> <li>b. <b>Asesor técnico</b> delegado Operativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.</li> <li>c. Apoyar y brindar el Soporte Vital Básico, según el estado del paciente o víctima.</li> <li>d. Apoyar, según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en actividades de Promoción, Prevención, Atención y Recuperación de Emergencias y Desastres;</li> <li>e. Ser docente de educación formal y <u>en instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano.</u></li> <li>f. Apoyar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público.</li> </ul> <p><b>Parágrafo.</b> Los Tecnólogos y Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria podrán desempeñar cualquier actividad relacionada con su disciplina de conformidad con la ley y la reglamentación existente, así mismo deberán <u>actualizarse permanentemente en las áreas de su competencia.</u></p>	<p>Se elimina el registro en el Consejo Nacional en Atención prehospitalaria como</p>
<p><b>ARTÍCULO 5o. REQUISITOS PARA EL EJERCICIO.</b> Para ejercer actividades propias en Atención Prehospitalaria, se deberán cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Presentar título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;</li> </ul>	<p>Se elimina el registro en el Consejo Nacional en Atención prehospitalaria como</p>



<table border="1"> <tr> <td data-bbox="183 383 565 551"> <p>b. Presentar título de Técnico profesional en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;</p> <p><del>c. Estar registrado en el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria o en la institución que haga sus veces;</del></p> </td> <td data-bbox="570 383 781 551"> <p>requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 558 565 1179"> <p><b>ARTÍCULO 7o. CONSEJO NACIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.</b> Confórmese el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria, como organismo consultivo del Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p> <p>El Consejo Nacional se dictará su propio reglamento de funcionamiento y estará encargado de validar la información académica, la titulación de los <del>solicitante egresados en atención prehospitalaria</del> y de llevar un registro nacional del personal titulado en Atención Prehospitalaria, <del>cuya inscripción será requisito indispensable para su ejercicio el cual</del> estará conformado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) delegado del Ministerio de Salud,</li> <li>• <del>Un (1) delegado de la Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria,</del></li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Egresados de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de la Asociación Universitaria Nacional de Programas de Atención Prehospitalaria.</li> </ul> <p>El Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria podrá integrar nuevos miembros que estén relacionados con el</p> </td> <td data-bbox="570 558 781 1179"> <p>Se elimina el registro en el Consejo Nacional en Atención prehospitalaria como requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p> <p>Quedando como función principal del Consejo la asesoría y consultoría en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p> </td> </tr> </table>	<p>b. Presentar título de Técnico profesional en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;</p> <p><del>c. Estar registrado en el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria o en la institución que haga sus veces;</del></p>	<p>requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p>	<p><b>ARTÍCULO 7o. CONSEJO NACIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.</b> Confórmese el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria, como organismo consultivo del Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p> <p>El Consejo Nacional se dictará su propio reglamento de funcionamiento y estará encargado de validar la información académica, la titulación de los <del>solicitante egresados en atención prehospitalaria</del> y de llevar un registro nacional del personal titulado en Atención Prehospitalaria, <del>cuya inscripción será requisito indispensable para su ejercicio el cual</del> estará conformado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) delegado del Ministerio de Salud,</li> <li>• <del>Un (1) delegado de la Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria,</del></li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Egresados de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de la Asociación Universitaria Nacional de Programas de Atención Prehospitalaria.</li> </ul> <p>El Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria podrá integrar nuevos miembros que estén relacionados con el</p>	<p>Se elimina el registro en el Consejo Nacional en Atención prehospitalaria como requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p> <p>Quedando como función principal del Consejo la asesoría y consultoría en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="841 543 1227 690"> <p>ejercicio de esta disciplina.</p> <p><del>PARÁGRAFO. El personal titulado con anterioridad a la presente ley, contará con un año a partir de la entrada en vigencia, para dar cumplimiento con el requisito de inscripción, sin que esto signifique un perjuicio para el ejercicio de su profesión.</del></p> </td> <td data-bbox="1232 543 1445 690"></td> </tr> </table> <p><b>5. PROPOSICIÓN</b></p> <p>En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable plenaria del Senado de la República dar segundo debate al Proyecto de ley No. 203 de 2020 <i>"Por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones."</i> conforme al pliego de modificaciones.</p> <p>Atentamente,</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><b>H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE</b> Ponente</p>	<p>ejercicio de esta disciplina.</p> <p><del>PARÁGRAFO. El personal titulado con anterioridad a la presente ley, contará con un año a partir de la entrada en vigencia, para dar cumplimiento con el requisito de inscripción, sin que esto signifique un perjuicio para el ejercicio de su profesión.</del></p>	
<p>b. Presentar título de Técnico profesional en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;</p> <p><del>c. Estar registrado en el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria o en la institución que haga sus veces;</del></p>	<p>requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p>						
<p><b>ARTÍCULO 7o. CONSEJO NACIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.</b> Confórmese el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria, como organismo consultivo del Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p> <p>El Consejo Nacional se dictará su propio reglamento de funcionamiento y estará encargado de validar la información académica, la titulación de los <del>solicitante egresados en atención prehospitalaria</del> y de llevar un registro nacional del personal titulado en Atención Prehospitalaria, <del>cuya inscripción será requisito indispensable para su ejercicio el cual</del> estará conformado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) delegado del Ministerio de Salud,</li> <li>• <del>Un (1) delegado de la Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria,</del></li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Egresados de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de la Asociación Universitaria Nacional de Programas de Atención Prehospitalaria.</li> </ul> <p>El Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria podrá integrar nuevos miembros que estén relacionados con el</p>	<p>Se elimina el registro en el Consejo Nacional en Atención prehospitalaria como requisito para el ejercicio porque generaría una limitante para el ejercicio de los egresados en atención prehospitalaria.</p> <p>Quedando como función principal del Consejo la asesoría y consultoría en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria.</p>						
<p>ejercicio de esta disciplina.</p> <p><del>PARÁGRAFO. El personal titulado con anterioridad a la presente ley, contará con un año a partir de la entrada en vigencia, para dar cumplimiento con el requisito de inscripción, sin que esto signifique un perjuicio para el ejercicio de su profesión.</del></p>							
<p><b>7. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PROYECTO DE LEY N° 203 DE 2020</b></p> <p style="text-align: center;"><i>"Por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones."</i></p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:</p> <p><b>ARTÍCULO 1o. OBJETO.</b> La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio y competencias en la Atención Prehospitalaria, conforme a los estándares internacionales para contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva en situaciones de urgencia, emergencia y de desastre.</p> <p><b>ARTÍCULO 2o. DEFINICIONES.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Estándares Internacionales en Salud:</b> Son los modelos, reglas, protocolos o declaraciones internacionales que son usados por el personal capacitado y formado para ejercer atención prehospitalaria.</li> <li><b>Atención Prehospitalaria:</b> Es la Ciencia Sanitaria que se encarga de la Promoción, Prevención, Atención, Diagnóstico y Terapéutica Paramédica en salud, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma, enfermedad o desastre de cualquier etiología. Dicha atención es prestada en el sitio de ocurrencia del evento, desde su rescate, transporte y traslado, hasta la admisión en una institución asistencial médica.</li> <li><b>Servicio de Atención Prehospitalaria:</b> Conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la</li> </ol>	<p>institución asistencial y que incluye salvamento y rescate.</p> <p><b>ARTÍCULO 3o. CAMPO DEL EJERCICIO.</b> El Prehospitalario es un Tecnólogo o Técnico profesional, perteneciente al área de la salud, cuya formación en Educación Superior, lo capacita para desarrollar tareas de apoyo, asistencia, soporte de vida básico; coordinación del servicio de emergencia médica prehospitalaria; gestión y coordinación de los comités locales de gestión del riesgo, conforme se establece en la presente ley y su reglamentación</p> <p>En consecuencia, podrán ejercer funciones en Atención Prehospitalaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A nivel de coordinación quienes obtengan el título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria;</li> <li>A nivel asistencial quienes obtengan el título de Técnico profesional en Atención Prehospitalaria;</li> </ol> <p><b>ARTÍCULO 4o. ACTIVIDADES.</b> Los Tecnólogos Prehospitalarios entre otras podrán desempeñar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Coordinador de establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y demás instituciones públicas y privadas que deban crear un Comité de Emergencias o de Gestión del Riesgo conforme a la legislación vigente.</li> <li>Coordinador Operativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.</li> <li>Coordinador u operador del equipo de prevención y atención de desastres en equipos institucionales de educación en salud.</li> <li>Coordinador de equipos interdisciplinarios en situaciones de emergencias y desastres, y en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público;</li> <li>Apoyar y brindar el Soporte Vital Básico y Avanzado, según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</li> <li>Asesorar a las entidades que tienen a su cargo las funciones de inspección y vigilancia de los establecimientos que prestan servicios de Atención Prehospitalaria, Emergencias y Desastres, para que desarrollen dichas actividades con personal idóneo que ostente el título de <b>educación superior</b> en Atención Prehospitalaria.</li> <li>Participar en actividades de Promoción, Prevención, Atención y Recuperación de Emergencias y Desastres;</li> </ol>						

<p>h. Ser docente de educación formal y no formal, en el campo de su especialidad.</p> <p>i. Coordinar programas de atención de emergencias realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (Triage) traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias, en instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el servicio de urgencias de baja complejidad.</p> <p>j. Participar en ámbitos industriales al interior de brigadas de emergencia, en grupos de apoyo, salud ocupacional y gestión del riesgo, así como en centrales de comunicación de emergencias.</p> <p>Los Técnicos Profesionales en Atención Prehospitalaria entre otras podrán desempeñar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Asesor técnico delegado de unidades o establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.</li> <li>Asesor técnico delegado Operativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.</li> <li>Apoyar y brindar el Soporte Vital Básico, según el estado del paciente o víctima.</li> <li>Apoyar, según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en actividades de Promoción, Prevención, Atención y Recuperación de Emergencias y Desastres;</li> <li>Ser docente de educación formal y en instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano.</li> <li>Apoyar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público.</li> </ol> <p><b>Parágrafo.</b> Los Tecnólogos y Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria podrán desempeñar cualquier actividad relacionada con su disciplina de conformidad con la ley y la reglamentación existente, así mismo deberán actualizarse permanentemente en las áreas de su competencia.</p> <p><b>ARTÍCULO 5o. REQUISITOS PARA EL EJERCICIO.</b> Para ejercer actividades propias en Atención Prehospitalaria, se deberán cumplir los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Presentar título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;</li> <li>Presentar título de Técnico profesional en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de</li> </ol>	<p>conformidad con la ley;</p> <p><b>ARTÍCULO 6o. VIGILANCIA Y CONTROL.</b> La vigilancia y control del ejercicio en Atención Prehospitalaria, le corresponde al Ministerio de Salud o Direcciones Territoriales de Salud, quienes sancionarán a las personas que sin obtener el título universitario de tecnólogo o técnico profesional en atención prehospitalaria desempeñen labores en Atención Prehospitalaria esta área.</p> <p><b>ARTÍCULO 7o. CONSEJO NACIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.</b> Confórmese el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria, como organismo consultivo del Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria. El Consejo Nacional se dictará su propio reglamento de funcionamiento y estará encargado validar la información académica, la titulación del solicitante, y de llevar un registro nacional del personal titulado en Atención Prehospitalaria, el cual estará conformado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) delegado del Ministerio de Salud,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de las Asociaciones de Egresados de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria,</li> <li>• Un (1) delegado de la Asociación Universitaria Nacional de Programas de Atención Prehospitalaria.</li> </ul> <p>El Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria podrá integrar nuevos miembros que estén relacionados con el ejercicio de esta disciplina.</p> <p><b>ARTÍCULO 8o. VIGENCIA.</b> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.</p> <div style="text-align: center;">  <p><b>H.S. CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE</b> Ponente</p> </div>
---	--

**CONTENIDO**

Gaceta número 1512 - miércoles 16 de diciembre de 2020

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**PONENCIAS**

	<b>Págs.</b>
Ponencia positiva para segundo debate y texto propuesto al proyecto de ley número 173 de 2020 senado, por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez en estado de vulnerabilidad especial.....	1

Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto proyecto de ley número 154 de 2020 senado, por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 y se crean medidas de protección en salud para el cesante. ....	8
Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto proyecto de ley número 203 de 2020 senado, por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.....	12