



Por el control del cáncer

Sistema de Vigilancia de
Medios de Comunicación, Políticas y Legislación
Boletín de seguimiento legislativo y político

Boletín

Marzo

Seguimiento a las políticas y a la normatividad relacionadas con el control del cáncer y sus factores de riesgo

Este boletín presenta la información más importante con respecto a los avances, cambios y publicaciones de: proyectos de ley, legislación y jurisprudencia, desarrollo de políticas públicas, y cambios en el mapa político del Congreso de la República y Ministerios, relacionados con el control del cáncer y sus factores de riesgo.

En medio de varios debates y controversias, el gobierno nacional presentó en el mes de marzo, dos proyectos de ley que reforman la salud. Una Ley Ordinaria que cambia la estructura actual del Sistema, y una Ley Estatutaria que establece la salud como un derecho fundamental. También se modificó, mediante una Resolución del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado para la vigencia fiscal de 2013.

Información clave

Los tipos de leyes en el Congreso de la República

Debido a los debates en torno a los dos proyectos de ley que reforman la salud, es importante aclarar que hay cuatro tipos de leyes, expedidas en el Congreso de la República:

Ley Marco

Las leyes que regulan actividades específicas, es decir que definen los objetivos y principios sobre los cuales desarrollan sus actividades, son llamadas Ley Marco, entre las cuales están: las políticas de crédito público, comercio exterior, cambio internacional, régimen de aduanas actividad financiera y la captación de recursos del público.

Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Cancerología ESE
Grupo Políticas y Movilización Social
Boletín de Seguimiento Legislativo y Político
Volúmen 3, Número 3
Bogotá D.C., 1° de abril de 2013

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General

Marion Piñeros Petersen
Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia
Epidemiológica, Promoción y Prevención

Carolina Wiesner Ceballos
Coordinadora Grupo Área Salud Pública

Carolina Serrano Duque
Seguimiento y Análisis de la información
Grupo Políticas y Movilización Social
cserranod@cancer.gov.co

Alejandro Niño Bogoya
Revisión de contenidos y diagramación
Grupo Políticas y Movilización Social
anino@cancer.gov.co

Tabla de Contenido

1. Proyectos de Ley	1
2. Legislación y Jurisprudencia	3
3. Mapa Político.....	5
4. Formulación de Políticas Públicas.....	5
5. Fuentes de informacion	6

Ley Orgánica

Este tipo de ley tiene como objetivo constituir y determinar la misión y estructura de las entidades públicas, así como la asignación de competencias normativas a las entidades territoriales. Con estas leyes se determinan la reglamentación del Congreso de la República, es decir que son las encargadas de regular la función legislativa del Congreso.

Ley Ordinaria o Ley Común

Tipo de leyes que no pertenecen a las categorías de Estatutarias, Orgánicas o Marco y que para su aprobación requieren mayoría simple de los miembros asistentes. La mayoría simple se usa en todas las decisiones que se someten a votación, planteando que las decisiones deben tomarse según la mayoría de los votos.

Ley Estatutaria

La Ley Estatutaria se usa para el proceso de textos constitucionales, los cuales reconocen y garantizan los derechos fundamentales. A través de este tipo de ley se garantizan las normas referentes a la salud, el empleo, la educación, la administración de justicia, entre otros. Es importante aclarar que para sancionar, modificar o derogar una Ley Estatutaria, se necesita la mayoría absoluta de los integrantes del cuerpo colegiado, no sólo de los asistentes y debe ser revisado por la Corte Constitucional.

1. Proyectos de Ley

1.1 Proyecto de Ley Estatutaria No 209 S. de 2013 [Reforma a la Salud]

Este proyecto de ley Estatutaria, consta de 14 artículos incluido el que hace referencia a su vigencia y derogatorias y tiene por objeto garantizar la salud como un derecho humano constitucional fundamental. Una Ley Estatutaria es importante porque define el alcance del derecho fundamental a la salud, pues es superior en términos constitucionales. Mientras la Ley Ordinaria es el modelo que adopta el Estado en materia de salud para garantizar el servicio público.

Según el Ejecutivo, el proyecto fue elaborado por la Junta Médica Nacional (la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano, la Asociación Médica Sindical, Asmedas, y la Asociación Nacional de Internos y Residentes, Anir) y fue acogido por el presidente de la República, Juan Manuel Santos; el presidente del Senado, Roy Barreras; el presidente de la Cámara, Augusto Posada; la Senadora de la comisión primera, Karime Motta, y el Representante

de la misma comisión, Gustavo Puentes; así como los presidentes de las comisiones séptimas, el Senador Jorge Ballesteros de Senado, y el Representante Rafael Romero. El proyecto es explícito en: La salud como un derecho fundamental; las responsabilidades del Estado y eliminación las intermediaciones

Sin embargo, hace falta que se haga explícito hasta donde el Estado es capaz de responder por un derecho fundamental.

El dos de abril el Gobierno Nacional anunció que este proyecto se presentó con mensaje de urgencia, a diferencia del proyecto de ley ordinaria, el cual será primero socializado.

1.2 Proyectos de ley Ordinaria 210 S. [Reforma a la Salud]

Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Según el Artículo 1, esta propuesta “tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley”.

Contenido de la Reforma a la Salud

El proyecto consta de 9 capítulos y 67 artículos, y tiene por objeto “redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley”.

Capítulo primero: Plantea las disposiciones generales para la modificación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la creación de un pagador único y la regulación del plan de beneficios de los colombianos, manteniendo vivos los regímenes subsidiado y contributivo.

Capítulo segundo: Plantea el manejo unificado de los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social

en Salud y define la creación de Salud Mía, una unidad de gestión de carácter financiero, descentralizado y adscrito al Ministerio de Salud, vigilada por la Superintendencia Financiera (Superfinanciera) Su objeto es, que tiene como objeto afiliar, recaudar cotizaciones, administrar recursos y hacer pagos, giros y transferencias a los actores del Sistema.

Capítulo tercero: Hace referencia al plan de beneficios en salud de los colombianos, el cual dejará de llamarse POS, para llamarse Mi Plan. Este reúne los servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud.

Capítulo cuarto: Define que la prestación de servicios es para la salud pública y las acciones individuales. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los entes territoriales y de los gestores de servicios de salud; dichas prestaciones serán las contenidas en Mi Plan y ofrecidas por prestadores y redes de prestadores de servicios de salud. Éstas operarán en áreas de gestión sanitaria (en otras palabras, este punto hace referencia a la regionalización que será definida también por el Ministerio de Salud).

Capítulo quinto: Los gestores de servicios de salud, son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud; tienen como responsabilidad la prestación de los servicios individuales de Mi Plan. Tendrán un órgano colegiado de dirección. Las EPS actuales, que se encuentren al día con el Sistema, podrán transformarse en gestoras de salud; así mismo, los entes territoriales que tengan más de un millón de habitantes podrán serlo, para encargarse de sus regiones.

Capítulo sexto: Plantea que las entidades autorizadas para ofrecer cobertura complementaria de salud serán las empresas de medicina prepagada, las compañías de seguros y los gestores de servicios de salud. Estarán vigilados por la Superfinanciera. Para acceder a un servicio complementario se debe estar afiliado al Sistema de Salud.

Capítulo séptimo: En cuanto a la inspección, vigilancia y control, el proyecto plantea que por decisión de la Supersalud será posible delegar las funciones de vigilancia en los entes territoriales. En este punto se definen el objeto y las medidas especiales para administrar y liquidar todas las entidades de seguridad social. Las secretarías de Salud pueden recibir dicha delegación.

Capítulo octavo: Este apartado, dedicado a las disposiciones transitorias, define que la nueva ley tendrá dos años para su implementación. Y advierte que durante ese periodo de tiempo no podrán hacerse traslados ni movimientos masivos de afiliados; de igual modo, durante este tiempo las EPS se pueden transformarse en gestoras de servicios de salud.

Capítulo noveno: Crea el fondo de garantías para el sector salud, cuyo objeto es garantizar la liquidez para garantizar la continuidad de los servicios de salud, apoyar financieramente procesos de intervención, liquidación o reorganización de los agentes del sector, y evitar la compra de cartera.

Al mismo tiempo se define que el nombramiento de gerentes o directores de todas las entidades de salud del Estado, Empresas Sociales del Estado, será de libre nombramiento y remoción (dicho nombramiento podrá hacerlo la autoridad nacional o local).

Análisis político de la Reforma a la Salud

Luego de presentarse el contenido de la reforma, es importante hacer un pequeño análisis correspondiente a los problemas que han surgido en torno al trámite que se le ha dado y los posibles intereses económicos y políticos.

Para empezar, la propuesta, conocida luego de ser radicada ante el Congreso de la República, se tramitó mediante una ley ordinaria y no estatutaria. Esto, en términos normativos, no permite que la reforma solucione los problemas de la salud, sino que, al igual que otras reformas, modifique simplemente algunos aspectos. La crisis del sector salud amerita un cambio drástico, una reforma que toque la Constitución en términos de derechos y necesidades básicas, por lo cual habría sido necesario que la reforma se presentara como una Ley Estatutaria y no Ordinaria; pues mientras no se reconozca la salud como un derecho fundamental, cualquier reforma será insuficiente.

Durante 20 años, se han presentado listados normativos que han sido más un salvavidas a la Ley 100 de 1993, que un cambio drástico que solucione la crisis del sector salud. Se han sancionado dos reformas sin cambios claros: la Ley 1122 de 2007 "por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", y la Ley 1438 de 2011 "por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", y varios decretos reglamentarios poco efectivos.

Algunos aspectos positivos de la Reforma

En términos políticos y sociales, es importante resaltar que la reforma logra abarcar algunos puntos importantes. Establece por un lado, el reconocimiento y la protección de la población colombiana, partiendo de un enfoque diferencial, es decir que desde la diferencia de edad, género, raza, etnia, condiciones de discapacidad y víctimas de la violencia, se logra la igualdad y se elimina la discriminación y marginación.

Por otro lado, establece la prevalencia de los derechos de las mujeres embarazadas, así como de los niños y las

niñas, junto con la responsabilidad que tiene la sociedad y el Estado para garantizar tales derechos. Estos puntos, son considerados en el artículo 4, al referenciar los Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre los cuales es importante resaltar los siguientes:

f) **Prevalencia de derechos.** El Sistema propende, como obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, por el cuidado, protección y asistencia a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños y niñas para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral;

g) **Protección especial a niñas y niños.** El Sistema establece medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas y los niños. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población;

h) **Enfoque diferencial.** El Sistema reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y realizará, de manera progresiva, esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación;

i) **Equidad.** El Sistema garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;

Algunos aspectos negativos de la Reforma

La propuesta, según el Ejecutivo, busca que las EPS se conviertan en “una especie de gestores”, sin administrar recursos. “Las EPS se acaban o más bien se transforman -las que quieran- en una especie de gestores, pero no van a administrar recursos. Esos recursos van a ser administrados directamente por una entidad pública que recauda y se paga directamente al hospital”, afirmó el Presidente Juan Manuel Santos antes de radicar el proyecto. Sin embargo, es claro que las EPS NO se van a acabar, simplemente cambiarán en ciertos aspectos, pero la ganancia en cuanto tal no puede acabarse, porque sin esta como el mismo Ministro Gaviria afirmó, no podría funcionar el Sistema.

Luego de conocerse el texto del proyecto de ley ordinaria, hay un punto problemático que hace referencia a los recursos de la salud. Este se encuentra en el numeral X del mismo Artículo 4 mencionado anteriormente, el cual dice textualmente:

x) **Inembargabilidad.** Los recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables. Las decisiones de la autoridad judicial que contravengan lo dispuesto en la presente ley harán incurrir

al funcionario judicial que la profiera en falta disciplinaria gravísima y genera responsabilidad fiscal. [Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema”.](#)

La última parte del párrafo, indica que la reforma cambiaría la naturaleza de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los volvería de carácter privado, en el momento en que estos sean traspasados del fondo único Salud -Mía, a los nuevos Gestores de Salud. Pero lo más grave de esto, es que al cambiar la naturaleza de los recursos y hacer explícito que los recursos dejarían de ser públicos en el momento en el que se transfieran a los agentes, lo cual llevaría a que el Estado no solo dejara de controlar y vigilar, sino que se legalizara la apropiación de los recursos.

Esa disposición en la reforma, iría en contraposición a lo establecido por varias Sentencias de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, que señalan que los recursos de la salud son públicos. Sin embargo, se esperaría que desde una ley como esta no pudiera acabar con una jurisprudencia constitucional.

En este punto, es importante recordar el proceso disciplinario llevado a cabo en contra del expresidente de SaludCoop, Carlos Gustavo Palacino, quien fue inhabilitado por 18 años para ejercer cargos públicos, sin ser un funcionario público, por el desfalco de los recursos del sistema. Sin embargo, tanto el proceso disciplinario llevado a cabo por la Procuraduría General de la Nación se estableció que la tesis de Palacino, según la cuál los recursos no eran públicos sino privados y de libre uso de las EPS y que por eso no constituía falta alguna que fueran utilizados para inversiones en clínicas, entre otros.

El fallo del Consejo de Estado, según la Sentencia 25000232400020110008101 del 10 de julio de 2012, ratificó que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud no pertenecen a los entes que por disposición legal los administran. Los recursos que las EPS reciben de los usuarios y del Estado, deben estar destinados a garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

Al mismo tiempo, este fallo reitera la facultad que tiene Supersalud para intervenir y sancionar a entidades que no cumplen sus obligaciones o pongan en riesgo los recursos del sistema de salud, Se sabe que las EPS pueden cumplir su objeto social contratando servicios de terceros o mediante su propia red, pero eso no implica que los recursos que son públicos se utilicen en temas que no se relacionen con la prestación de servicios de salud.

Finalmente, el Capítulo VIII, sobre las “Disposiciones finales”, hace referencia a ciertos ajustes que deben tener las Empresas Sociales del Estado, con respecto a las Juntas Directivas, los gerentes y/o directores:

Por una parte, la Ley 1438 de 2011, realizó algunos ajustes a la conformación de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado (art. 70) y generó unas causales de inhabilidades e incompatibilidades (art.71). No obstante, al dar aplicación a estas normas, nos encontramos con formas disímiles de juntas directivas, dependiendo de nivel de la entidad [...]

De esta manera, el artículo propuesto determina cuál sería la conformación de las juntas directivas de todas la Empresa Sociales del Estado, se unifican los periodos todos a 3 años y se incluye como miembro de la Junta Directiva al gobernador del departamento o su delegado, en las ESE municipales. Esto fortalece la participación del departamento en la organización y conformación de las redes de prestación de servicios de salud del departamento.

A su vez, se hace una especial consideración con las Empresas Sociales del Estado de tercer nivel de atención, que tengan suscrito convenios docente-asistenciales, para que amplíen la conformación de su junta directiva en un (1) miembro más, el cual deberá ser designado de entre las Universidades con las cuales tengan dichos convenios.

Ante las reiteradas quejas de la comunidad, en relación a que los procesos de meritocracia para la elección del gerente de las ESE se han contaminado y no son transparentes ni objetivos, se considera necesario que dicha elección sea realizada por parte de la autoridad nacional o territorial competente, y su cargo será de libre nombramiento y remoción. Así, quien sea nombrado deberá responder por sus acciones u omisiones en el ejercicio del cargo y dar fe del voto de confianza ante quien lo nominó. Se establece un período de transición para los Gerentes o Directores cuyo período no haya culminado a la expedición de la presente Ley, quienes continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del período o por el retiro por evaluación. Una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

Este capítulo incluye medidas que modifican el nombramiento de gerentes o directivo de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas, determinadas por la Ley 100 de 1993, como Empresas Sociales del Estado. Sin embargo los ajustes propuestos veinte años después de la implementación de la Ley, posiblemente no soluciona las dificultades de su ejercicio, sino que empeora los problemas burocráticos y promociona los intereses políticos, ya que los cargos públicos de gerentes o directores de las ESE, ya no serían elegidos por procesos de meritocracia, es decir por

procesos de convocatoria pública, sino por nombramiento político, por parte del Presidente de la República y los gobernadores departamentales.

1.3 Proyecto de ley 248 C. de 2013

Por la cual se redefine el sistema integral de seguridad social en salud

Es proyecto del Representante Holger Díaz, que cuanta con XV capítulos y 63 artículos, pretende modificar las condiciones del sistema integral de seguridad social en salud, con el fin de redefinir su funcionamiento, eliminar la función de aseguramiento a cargo de entidades particulares, garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención en salud, modernizar la estructura de rectoría y la defensa del derecho a la salud, para que sin modificar la orientación y principios vigentes del sistema, se adopten los correctivos para garantizar la sostenibilidad del mismo.

Debido a la compleja realidad del sistema de salud en Colombia, este proyecto tiene los siguientes objetivos generales:

- Circunscribir el concepto de derecho a la salud como un derecho esencial.
- Establecer y fijar claramente los derechos de los usuarios del sistema de seguridad social en salud.
- Configurar un nuevo modelo aseguramiento público en salud con una administración privada, pública o mixta.
- Fortalecer la rectoría y dirección del sistema a cargo del Estado.
- Enmarcar una política farmacéutica a nivel nacional.
- Crear una jurisdicción especializada de la protección social.
- Robustecer la figura de la Defensoría Pública de la Salud como un mecanismo institucional lo suficientemente efectivo y de impacto real.

El actual modelo de aseguramiento y prestación ha sido insuficiente y hasta ineficiente frente a la demanda de servicios, evidenciando las fallas estructurales que requieren una intervención inmediata del Estado para corregir problemas de organización, estructura y procesos, por lo cual es necesario replantear el esquema diseñado por la Ley 100 de 1993 que con su esquema de aseguramiento y prestación no ha dado el resultado esperado después de 20 años.

El Estado debe reforzar su accionar y garantizar la efectiva prestación del servicio de salud, es decir que el Estado sea en encargado del aseguramiento. Para esto, según el proyecto, es necesario que el Estado sea el responsable del servicio público esencial de salud, asumiendo obligaciones

que respeten, protejan y cumplan con las acciones necesarias para el ejercicio del derecho. El Estado debe fijar las políticas públicas que garanticen el goce efectivo del derecho.

2. Legislación y jurisprudencia

2.1 Leyes

Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013

Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La aprobación de esta ley estatutaria es un complemento a los pactos, convenios y convenciones internacionales sobre Derechos Humanos referentes a las Personas con Discapacidad, que en algún momento fueron aprobados y ratificados por Colombia.

El objeto de esta ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009. Según la ley, las personas en situación de discapacidad son: "Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Esta ley permite que todas las personas tengan las mismas oportunidades y posibilidades de acceder, participar y relacionarse a servicios, trabajos, ambientes, sin ningún tipo de limitación o restricción a causa de su discapacidad. En este caso las personas con cáncer o que la haya padecido la enfermedad, están sometidos a esta ley.

2.2 Resoluciones

Resolución No 010 del 12 de marzo de 2012 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Por la cual se modifica el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del

Estado para la vigencia fiscal de 2013

Esta Resolución modifica el presupuesto de ingresos y gastos del Instituto Nacional de Cancerología, el cual tiene carácter de Empresa Social del Estado según el Decreto 1287 del 22 de junio de 1994, así:

093 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA – E. S. E.
ADICIÓN
PRESUPUESTO DE INGRESOS

Ingresos Corrientes	\$1.627.183.884
TOTAL INGRESOS + DISPONIBILIDAD INICIAL	\$1.627.183.884
PRESUPUESTO DE GASTOS	
Inversión	\$1.627.183.884
TOTAL GASTOS + DISPONIBILIDAD FINAL	\$1.627.183.884

Una de las consideraciones de la Resolución, es el Oficio número SAL-00934-2013 del 18 de febrero de 2013, del Instituto Nacional de Cancerología, el cual solicita adición al presupuesto de ingresos y de gastos de la entidad por \$1627.1 millones. En ingresos se adiciona ingresos corrientes en \$1627.1 millones y se adicionan los gastos de inversión por el mismo valor.

2.3 Comunicados

Comunicado No 064 del 21 de marzo de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

La jornada nacional de vacunación para prevenir el cáncer de cuello uterino está dirigida a todas las niñas desde cuarto grado de primaria, que hayan cumplido nueve años de edad, hasta las estudiantes de undécimo grado.

El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, oficializó el 21 de marzo finales del mes de marzo en la isla de San Andrés, el inicio de la jornada nacional de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) que busca proteger del cáncer de cuello uterino a alrededor de 3.5 millones de niñas en Colombia.

Comunicado No 070 del 21 de marzo de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social y UNODC presentan al país los desarrollos nacionales en el marco de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC,

llevaron a cabo en San Andrés el "VII Encuentro Nacional de Coordinadores de los Comités de Reducción del Consumo de Drogas". Participaron delegados de los 32 departamentos y cuatro distritos especiales del país, responsables de liderar los programas de reducción del consumo de drogas, así como técnicos de Centros de Atención en Drogadicción del país.

La jornada nacional de vacunación, está dirigida a todas las niñas desde cuarto grado de primaria, que tengan nueve años de edad, hasta las estudiantes de once grado, de todas las instituciones públicas y privadas del país. Esta jornada hace parte de uno de los cumplimientos del Presidente de la República, Juan Manuel Santos, de gestionar los recursos para ampliar la cobertura de esta vacuna a una mayor población de niñas.

Por recomendación del Comité Nacional de Prácticas en Inmunizaciones el país adoptó un esquema alterno de vacunación contra el VPH así: esquema 0-6-60 meses (0- primera dosis. 6- segunda dosis a los seis -6- meses de aplicada la primera y 60- tercera dosis a los 60 meses después de aplicada la segunda dosis). Sin embargo, este continúa contemplando la aplicación de tres dosis, en donde las dos primeras dosis se harían en el 2013 y la tercera en el 2018.

3 Mapa Político

En el mes de marzo de 2013 no hubo ningún cambio en el Congreso de la República.

4. Formulación de Políticas Públicas

Durante el mes de marzo de 2013 no se presentaron ni desarrollaron políticas públicas referentes al control del cáncer y sus factores de riesgo.

Sin embargo, La Superintendencia Nacional de Salud presentó un informe anual, correspondiente a su reporte de gestión misional, con respecto al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y el mandato constitucional como el encargado de la inspección, la vigilancia y el control del sector salud, los planes de Gestión y Desarrollo administrativo.

La estructura del informe espera dar respuesta al propósito institucional de defender los derechos de los usuarios, empezando por el derecho a la información acerca de cómo se ha gestionado la vigilancia y el control del sector salud a partir de:

1. Peticiones quejas y reclamos
2. Visitas inspectivas

3. Seguimiento a planes de mejoramiento
4. Seguimiento a tutelas
5. Ferias de servicio al ciudadano
6. Acciones de participación ciudadana
7. Promoción de la conformación de veedurías ciudadanas
8. Análisis de riesgo por departamentos para la afiliación de la población al régimen subsidiado y contributivo
9. Tramites de aprobación
10. Intervenciones forzosas
11. Otras medidas

La segunda parte del informe muestra la gestión de los recursos económicos con que se ejecutó la misión y el desarrollo de la gestión administrativa, como soporte de los procesos y eje de la organización.

5. Fuentes de información

1. Presidencia de la República de Colombia. [En línea] [Citado: Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co>
2. Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia Empresa Industrial y Comercial del Estado. [En línea] [Citado: Marzo de 2012] Disponible es: <http://www.imprenta.gov.co>
3. Cámara de Representantes de Colombia. Congreso de la República de Colombia, Cámara de Representantes. [En línea] [Citado: Marzo de 2013] Disponible en: <http://camara.gov.co>
4. Senado de la República. Congreso de la República de Colombia, Senado de la República. [En línea] [Citado: Marzo de 2013] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>
5. Corte Constitucional de Colombia. [En línea] [Citado: Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co>
6. Congreso Visible -CV-. CongresoVisible.org. [En línea] Departamento de Ciencia Política de la Universidad de los Andes, 1998. [Citado: Enero de 2013] Disponible en: <http://www.congresovisible.org>
7. Artículo 20. [En Línea] [Citado: Febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.articulo20.com.co>

Para acceder a la fuente de información deseada, por favor pulse sobre el enlace respectivo y su navegador de internet lo direccionará automáticamente.

Para más información, puede ponerse en contacto con Carolina Serrano Duque, profesional del Grupo Políticas y Movilización Social del Instituto Nacional de Cancerología ESE en el PBX +571 5930310 Ext 4103, o en el correo electrónico cserranod@cancer.gov.co