



Por el control del cáncer

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

Boletín

Abril 2013

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 el mes de abril el Presidente de la República, Juan Manuel Santos, sancionó el proyecto de ley de VPH: *POR MEDIO DEL CUAL SE GARANTIZA LA VACUNACIÓN GRATUITA Y OBLIGATORIA A LA POBLACIÓN COLOMBIANA OBJETO DE LA MISMA, SE ADOPTAN MEDIDAS INTEGRALES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social, presentó un Proyecto Resolución que establece que fabricantes e importadores deben presentar informes sobre los componentes del cigarrillo; el Senador del Polo Democrático, Luis Carlos Avellanada, presentó junto con otros Congresistas un Proyecto de Ley que crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud como un medio para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

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 4
Bogotá D.C., 2 de mayo de 2013

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General

Carolina Wiesner Ceballos
Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia
Epidemiológica, Promoción y Prevención

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	2
2. Legislación y Jurisprudencia	4
3. Mapa Político.....	9
4. Formulación de Políticas Públicas.....	9
5. Fuentes de informacion	9

1. Proyectos de Ley

1.1 Proyectos de Ley de legislaturas anteriores

Proyecto de ley 219 C. 254 S. de 2012
[Día sin alcohol]

Por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones

El 5 de abril de 2013, se presentó el informe de ponencia a la plenaria del Senado, encargada de decidir si aprueba en cuarto y último debate del proyecto que busca institucionalizar el Día Nacional sin Alcohol, el cual se celebraría el 15 de noviembre de cada año. En ese día se promoverá el no consumo ni expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional y se realizarán actividades culturales, deportivas, lúdicas y las que estén dirigidas a crear una cultura sobre la importancia del no consumo excesivo de alcohol y los efectos positivos en la salud individual y colectiva de la sociedad colombiana, si se deja de consumir.

1.2 Proyectos de Ley radicados en el mes de abril

Proyecto de ley 233 S [Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud]

Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud

El Senador [Luis Carlos Avellaneda](#) (Polo Democrático), junto con otros congresistas, presentaron un proyecto ante la Comisión VII del Senado, que crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, “como un medio para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en su componente de acceso universal a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad, de carácter promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación, en el marco de un modelo de atención integral, intersectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, huérfanas, ultrahuérfanas, laborales, accidentes laborales y de tránsito, y otros problemas de salud”.

Para esto, el proyecto establece los componentes básicos de organización del sistema, financiamiento, administración de los recursos públicos, prestación de los servicios de atención integral en salud, modelo de atención, sistema

integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias de ciencia, tecnología e innovación en salud, medicamentos y tecnologías en salud, de formación y de talento humano en salud.

Este también establece los principios del Sistema así:

1. **Universalidad.** Es la garantía de la cobertura, la atención integral y la protección financiera en salud a toda la población habitante del país durante todas las etapas de su vida, por su condición de ciudadano, ciudadana, habitante o residente reconocido por el Estado colombiano.
2. **Obligatoriedad.** Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores y empleadores con relación salarial formal, a excepción de lo establecido en la presente ley y conexas.
3. **Parafiscalidad.** Los recursos aportados por los trabajadores y empleadores para la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto tienen naturaleza pública y destinación específica. No podrán ser utilizados para fines diferentes a su destinación.
4. **Solidaridad.** Es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades para garantizar el acceso universal y equitativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren según las necesidades en salud.
5. **Equidad.** Es la combinación del esfuerzo individual y colectivo según la capacidad, con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud.
6. **Disponibilidad.** Es la oferta suficiente y adecuada de establecimientos, programas y personal calificado de salud, entre otros recursos, según las necesidades individuales y colectivas de las poblaciones.
7. **Accesibilidad.** Es la garantía por parte del Estado del acceso real y efectivo a los bienes, servicios y condiciones necesarios para garantizar el derecho a la atención integral en salud, sin barreras físicas, geográficas, culturales, administrativas, de información, económicas o financieras.
8. **Aceptabilidad.** Es la adecuación de los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad a las especificidades derivadas de las culturas, la edad, el género, la opción sexual o la condición de discapacidad de las personas, desde un enfoque intercultural y de reconocimiento de las diferencias.
9. **Calidad.** Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral suficiente, oportuna, segura y pertinente de las enfermedades, valoradas como

las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible.

10. **Gratuidad.** Es el acceso a los bienes y servicios de salud sin que medie la demostración de la capacidad de pago, ni barrera económica alguna, ni el pago directo en el momento de requerir el servicio por parte de las personas o las familias.
11. **Integralidad.** Aplicada a la atención en salud, es la articulación entre los establecimientos, bienes y servicios, individuales y colectivos, que se requieren para promover el buen vivir y el mantenimiento de la salud, prevenir y curar las enfermedades de cualquier origen, rehabilitar a las personas en situación de discapacidad y realizar el cuidado paliativo que se requiera, afectando los determinantes sociales de la salud para alcanzar el máximo nivel de bienestar de la población.
12. **Continuidad.** Se refiere a la adecuada articulación de bienes y servicios de salud que exige el ciclo de atención integral de las personas y comunidades para recuperar la salud, según el conocimiento disponible.
13. **Vínculo.** Es la relación entre el personal de los servicios de salud y las personas, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios, de manera individual y colectiva, a lo largo del ciclo vital y en el largo plazo, con el fin de lograr un amplio conocimiento de las necesidades y construir confianza mutua para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida.
14. **Eficacia.** Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del sistema de servicios de salud en su conjunto y de los establecimientos y profesionales de la salud con cada paciente, con el conocimiento disponible.
15. **Eficiencia.** Es el mejor uso de los recursos disponibles para obtener la mejor calidad y la mayor eficacia en salud con el conocimiento disponible, tanto en el ámbito individual como poblacional.
16. **Sostenibilidad.** Es la permanencia en el tiempo de la mayor eficacia del sistema a partir de la adecuada disposición de los recursos necesarios por parte del Estado, con el reconocimiento social y la legitimidad política requeridos para obtener el esfuerzo de la sociedad en su conjunto.
17. **Intersectorialidad.** Es la articulación deliberada y sistemática entre los sectores del Estado para la afectación de los determinantes sociales de la salud y para la búsqueda de las mejores condiciones posibles de vida en diferentes grupos, comunidades y poblaciones.
18. **Participación vinculante.** Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y el control de los establecimientos de salud y de las instancias

de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

19. **Libertad de escogencia.** Es la posibilidad otorgada al ciudadano o ciudadana de optar por un profesional, un establecimiento, bien o servicio de salud que se requiera con necesidad, de la manera más informada posible sobre las alternativas disponibles y cuando sus condiciones físicas y mentales así lo permitan.
20. **Interculturalidad.** Es el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en salud, para buscar el diálogo de saberes e integrar las prácticas, conocimientos, usos y costumbres ancestrales, tradicionales, alternativos y científico-técnicos, con el fin de responder a las necesidades diferenciales de las personas y las comunidades.
21. **Enfoque diferencial.** Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades injustas en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, según género, etnia, generación y situación de discapacidad.
22. **Transparencia.** Es la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones y en el manejo de los recursos públicos por parte de los actores que participan en la garantía del derecho a la atención integral en salud.
23. **Pro homine.** Es la prevalencia que se le da al bienestar y a la dignidad de los seres humanos por sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad.

Proyecto de ley 14/12 C. [Prevención de la hipertensión arterial]

Por medio del cual se dictan medidas para prevenir la hipertensión arterial y el consumo excesivo de sal - sodio en la población colombiana.

El objeto del proyecto, del Senador del Partido de la U, [Juan Francisco Lozano](#), es contribuir a la reducción y prevención de la morbilidad y mortalidad por causa de hipertensión arterial y por una excesiva ingesta de sal-sodio y otros factores de riesgo con medidas poblacionales e individuales. Este proyecto fue radicado el 20 de julio de 2012 y hasta el momento se la publicado la ponencia para el primer debate (31 de octubre 2012), con los ponentes Marta Cecilia Ramírez del Partido Conservador y Víctor Raúl Yepes del Partido Liberal. Sin embargo, el 12 de abril de 2013, el texto tuvo algunas modificaciones, en el que el senador Lozano aclara que el proyecto es de su autoría.

Proyecto de ley 256 C. [Código penitenciario]

Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la ley 65 de 1993 y se dictan otras disposiciones

Este proyecto, del Ministerio de Justicia, busca reformar el código penitenciario. Su relación con respecto a temas de salud tiene que ver con que [los reclusos que padezcan enfermedades terminales se les otorgaría la libertad.](#)

“Cuando el personal médico que presta los servicios de salud dentro del establecimiento, el Director del mismo o el Ministerio Público tenga conocimiento de que una persona privada de la libertad se encuentra en estado grave por enfermedad o enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal, conforme a la reglamentación expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dará aviso en forma inmediata a la autoridad judicial con el fin que se le otorgue el beneficio de libertad correspondiente”.

2. Legislación y jurisprudencia

2.1 Leyes

Ley 1626 de 2013 [Vacunación gratuita contra el papiloma humano, Prevención del cáncer cérvico uterino]

Por medio del cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.

El 30 de abril de 2013, fue sancionada por el Presidente de la República, [Juan Manuel Santos](#), la [Ley 1626](#), que busca garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.

La Ley consta de tres artículos, incluido su promulgación y derogación, junto con dos parágrafos.

Historial del Proyecto Vacunación VPH

Proyecto de Ley 28/11 C. 260/12 S

Por medio del cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma,

[se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.](#)

El proyecto de ley que se originó en la Cámara de Representantes por el Representante Luis Enrique Salas Moisés (Partido de la U) ante la Comisión Séptima, fue radicado el 27 de julio de 2011. A este se le designaron como ponentes para primer debate a los Representantes Rafael Romero Piñeros, José Bernardo Flórez Asprilla, Armando Antonio Zabaraín Arce y Gloria Stella Díaz Ortiz, los cuales rindieron ponencia favorable sin ninguna modificación. En segundo debate de la Cámara, también fue aprobado sin ninguna modificación. Como parte de la estrategia nacional para reducir la morbilidad y mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, el Congreso de la República aprobó en sus cuatro debates correspondientes, la inclusión en el Esquema Único de Vacunación para Colombia, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Después de la publicación del cuarto debate, el 5 de diciembre de 2012 el Ministerio de Hacienda y Crédito público, dio su concepto frente a los efectos financieros del proyecto de ley, afirmando lo siguiente:

“[...] se ha dispuesto que en el esquema de vacunación contra el VPH también sean incluidos los niños entre los 9 y 12 años de edad, lo cual diferiría de la actualización del PAI adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que únicamente se incluyó la vacuna destinada a niñas. En este sentido, sería necesario que en el PAI se destinaran recursos adicionales para la atención de la población masculina propuesta.

Según información provista por el DANE, para el presente año existen en el país alrededor de 1.767.734 hombres entre los 9 y 12 años de edad, que si se multiplican por el costo unitario de cada vacuna contra el VPH estarían generando un costo total cercano a los \$203.107,5 millones.

De otra parte, en la medida que cada año entrarían nuevos niños a este grupo específico de vacunación, con base en las proyecciones de población hechas por el DANE entre 2012 y 2015, se tendría que anualmente en promedio 435.874 niños serían nuevos beneficiarios de esta medida, con un costo promedio por vacuna de \$123.777, para un total anual en promedio de \$53.951 millones que sería necesario apropiarse adicionalmente de manera continuada”.

Días después del concepto por parte del Ministerio de Hacienda, el 12 de diciembre de 2012, fue aprobado

el cuarto debate del proyecto en Plenaria del Senado. A pesar de la aprobación del cuarto debate, el proyecto pasó a Conciliación el 14 de marzo de 2013, aprobándose la conciliación en Plenaria de la Cámara el 2 de abril, y en Plenaria de Senado el 3 de abril. Esto indica que únicamente falta la sanción por parte del Presidente de la República, para que el proyecto se vuelva ley. En el proyecto aún no sancionado quedó estipulado que el Gobierno dará gratis vacuna contra el VPH a las niñas del país menores entre los 9 y los 10 años de edad.

Es importante resaltar que en el país la introducción de la vacuna comenzó antes de la sanción de la Ley, con una evaluación de desempeño a través de la campaña realizada en agosto del 2012, la cual se centro en niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria y que en el momento de la vacunación tenían entre 9 y 17 años de edad. Esta primera etapa fue fundamental para que el proyecto de ley fuera aprobado por el Congreso de la República y pasara a sanción presidencial. Supuestamente la segunda etapa comenzaría en febrero de 2013 para niñas no escolarizadas ubicadas en las zonas de difícil acceso. Sin embargo, eso no ha pasado porque según la rendición de cuentas del Ministerio de Salud y Protección Social del 21 de enero, la segunda etapa se hará con las niñas de cuarto de primaria, que estén entre 9 y 10 años y luego se vacunará a las estudiantes de bachillerato. Para saber exactamente el número de la población, el Ministerio realizará entre febrero y abril un censo de las niñas que están en bachillerato, el cual se estima de 3,5 millones de estudiantes.

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, del 3 de octubre del 2012, fue aprobado el informe de ponencia para el tercer debate y el texto propuesto a este Proyecto. El 22 de noviembre, fue publicada la ponencia para el cuarto debate del proyecto que pretende garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, adoptar medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino. La ponencia para el cuarto debate fue presentado por los Senadores Ponentes: Gilma Jiménez Gómez (Coordinadora); Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Germán Bernardo Carlosama López, Liliana María Rendón Roldán, Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

El 5 de diciembre de 2012, el Ministerio de Hacienda y Crédito público, dio su concepto frente a los efectos financieros del proyecto de ley, afirmando lo siguiente:

"[...] se ha dispuesto que en el esquema de vacunación contra el VPH también sean incluidos los niños entre los 9 y 12 años de edad, lo cual diferiría de la actualización del PAI adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que únicamente se

incluyó la vacuna destinada a niñas. En este sentido, sería necesario que en el PAI se destinaran recursos adicionales para la atención de la población masculina propuesta.

Según información provista por el DANE, para el presente año existen en el país alrededor de 1.767.734 hombres entre los 9 y 12 años de edad, que si se multiplican por el costo unitario de cada vacuna contra el VPH estarían generando un costo total cercano a los \$203.107,5 millones.

De otra parte, en la medida que cada año entrarían nuevos niños a este grupo específico de vacunación, con base en las proyecciones de población hechas por el DANE entre 2012 y 2015, se tendría que anualmente en promedio 435.874 niños serían nuevos beneficiarios de esta medida, con un costo promedio por vacuna de \$123.777, para un total anual en promedio de \$53.951 millones que sería necesario apropiar adicionalmente de manera continuada".

Días después del concepto por parte del Ministerio de Hacienda, el 12 de diciembre de 2012, fue aprobado el cuarto debate del proyecto en Plenaria del Senado. Esto indica que únicamente falta la sanción por parte del Presidente de la República, para que el proyecto se vuelva ley.

Antecedentes normativos y justificación del proyecto de cáncer cérvico uterino

Según el Plan Nacional para el Control del cáncer en Colombia 2010-2019, el cáncer es un problema de salud pública creciente en el país, por lo cual este se debe atender oportuna y eficazmente, ya que como lo asegura el Instituto Nacional de Cancerología –INC, la vacuna contra el VPH puede ayudar a prevenir hasta en un 70% de los cánceres cérvico uterinos, lo cual los convierte en uno de los métodos de prevención de mayor costo-efectividad que existen, junto con la combinación de las citologías y las pruebas moleculares y de ADN.

Es importante resaltar que en Colombia el cáncer de cuello uterino es la principal causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Por tanto el proyecto propone que los esfuerzos del Estado y las instituciones públicas, deben estar encaminados a alcanzar los objetivos de las metas del milenio para el año 2015, que plantean la necesidad de ejecutar políticas públicas en salud de corto y mediano plazo, generando estrategias para reducir la inequidad y la desigualdad de los colombianos.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten

en los ámbitos Nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Las cifras de morbilidad y mortalidad causadas por el VPH, la situación de salud pública en la que se ha convertido este flagelo y la cifra de más de un millón setecientas mil niñas sin la atención en ésta vacunación, son razones suficientes por las cuales este proyecto fue creado, el cual garantiza la vacunación de gratuita y obligatoria a toda la población colombiana, incluyendo la de niños y niñas, en concordancia con antecedentes normativos nacionales e internacionales, referidos a los derechos fundamentales de los niños y niñas, entre esos el derecho a la salud.

En primer lugar, el 20 de noviembre de 1989 con el voto favorable de Colombia en la Asamblea General de Naciones Unidas, se adoptó la Convención sobre los Derechos de los niños, la cual fue ratificada por el Congreso de la República de Colombia con la Ley 12 de 1991, incorporando de manera permanente, al ordenamiento jurídico nacional a la mencionada convención, en cuyo artículo 24 dispone lo siguiente:

1. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
 - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
 - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
 - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;
 - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
 - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en

materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo”.

Por otro lado, con la Constitución Política de 1991, quedaron consagrados los derechos fundamentales de los niños, incluyendo criterios y principios necesarios para asegurar su protección integral, garantizando el cumplimiento de sus derechos y encaminado a su protección en condiciones vulnerables. Está también consagrado que es responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, la asistencia y protección de los derechos de los niños. Según el Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social”.

Por último y con la [Ley 1098 de 2006](#), “Por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, queda claro que los derechos de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de los demás. Según el Artículo 7° de la Ley, referido a la protección integral de los niños y niñas, queda claro que:

“Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior”.

Por su lado, el Artículo 27 de la Ley 1098, referido al Derecho a la salud, aclara que:

“Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar (Físico, psíquico y fisiológico) y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a

cargo de la Nación”.

2.2 Proyecto de Resolución

Proyecto Resolución del Ministerio de Salud [Tabaco]

Por la cual se regula el suministro de información al Gobierno Nacional por los fabricantes e importadores de cigarrillos, en cumplimiento del artículo 22 de la Ley 1335 de 2009, en concordancia con la Ley 9 de 1979

Uno de los principios básicos del [Convenio Marco de la OMS](#), es que todas las personas deben estar informadas de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, por lo cual son necesarias medidas legislativas y otras medidas que protejan a las personas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Considerando lo anterior, la Ley 9 de 1979 y la Ley 1335 de 2009, el proyecto Resolución tiene por objeto reglamentar el suministro de la información al Gobierno por parte de los fabricantes e importadores de productos de tabaco según lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 1335 de 2009, teniéndose en cuenta algunas definiciones como: Alquitrán, cigarrillos, fabricantes, humo de la cadena primaria y humo de la cadena secundaria, ingredientes, importadores, industria tabacalera, monóxido de carbono, muestra testigo, nicotina, y por último, productos de tabaco.

Dentro del informe que deben presentar las empresas e importadoras deben incluirse los niveles de componentes de humo junto con el análisis de los componentes del mismo.

Proyecto Resolución 05200 del 11 de abril de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones

Según el artículo 123 del Decreto 19 de 2012, los alimentos que se fabriquen, se embacen o importen en el territorio colombiano, debe tener un permiso sanitario, según los riesgos de estos en la salud pública.

Con esto, el proyecto de Resolución tiene por objeto

“establecer los requisitos sanitarios que deben cumplir las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos, y los requisitos para la notificación, permiso o registro sanitario de los alimentos, según el riesgo en salud pública, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas”.

Las disposiciones de este proyecto se aplicarán en todo el territorio nacional a:

- Las personas, instituciones y establecimientos dedicados a todas o alguna de las siguientes actividades: fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución, importación, exportación y comercialización de alimentos.
- Al personal manipulador de alimentos.
- A los equipos y utensilios utilizados en las actividades señaladas en el literal a).
- A los alimentos, materias primas e insumos para alimentos que se fabriquen, envasen, expendan, exporten o importen.
- A las actividades de inspección, vigilancia y control que ejerzan las autoridades sanitarias sobre la fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución, importación, exportación y comercialización de alimentos para el consumo humano y materias primas para alimentos.

2.3 Decretos

Decreto 658 del 5 de abril de 2013

Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013

Este decreto reglamente los 14 artículos de la ley de salud mental, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Entre ellos se destaca el Consejo Nacional de Salud Mental, la política nacional de salud mental, acciones complementarias para la salud integral, plan de beneficios, entre otros. Por otra parte son 5 artículos los que demandan Acciones que involucran diferentes actores del Sistema y 10 artículos que demandan en el proceso acciones de responsabilidad intersectorial. “Las modificaciones o ampliaciones que como consecuencia de necesidades técnicas o jurídicas, pudieren generarse respecto del cronograma a que refiere el presente decreto, serán efectuadas por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

2.4 Resoluciones

Resolución 261 del 4 de abril de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Por la cual se adopta el Plan de Incentivos Institucional para los Empleados Públicos de Carrera Administrativa, Empleados de Libre Nombramiento y Remoción, de cada uno de los niveles jerárquicos para el año 2013 del Instituto Nacional de Cancerología ESE

Esta Resolución, “con el propósito de elevar los niveles de eficacia, satisfacción, desarrollo y bienestar de los empleados del Estado en el desempeño de su labor y de construir al cumplimiento efectivo de los resultados institucionales” resuelve a través de 14 artículos, adoptar el plan anual de incentivos a los empleados del INC, en cada uno de los niveles jerárquicos de la siguiente manera:

1. Mejor empleado de carrera Administrativa de la Entidad
2. Mejores empleados de carrera Administrativa de cada nivel jerárquico
3. Mejor Empleado de libre nombramiento y remoción de la Entidad
4. Mejores equipos de trabajo

2.5 Proyecto / Circular

Proyecto Circular 5200 del 11 de abril de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Proyecto Técnico por el cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios de los medicamentos comercializados en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social presentó el proyecto técnico por el cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios de los medicamentos comercializados en el país y que tienen como objeto “establecer la metodología para identificar los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios y determinar su precio máximo de venta”. “Los expertos del Ministerio de Salud que hacen parte del Grupo Técnico de la Comisión Nacional de Precios referenciaron precios en 17 países de aquellos medicamentos que son de alto costo para evaluar a cómo se están comercializando para tomar decisiones para poner precios más bajos a los mismos”.

Este proyecto establece que “la metodología establecida

en la presente Circular consta de 4 etapas: definición del mercado relevante, medición del grado de su concentración, establecimiento de un precio de referencia y fijación administrativa, cuando corresponda, del precio máximo de venta de los medicamentos cuando corresponda”.

2.6 Comunicados

Comunicado 083 del 8 de abril de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología ratificaron que según las evidencias y los estudios relacionados a la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano a nivel mundial, esta no representa un riesgo mayor para las niñas y que es la medida más segura para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Según el Director del Instituto Nacional de Cancerología, Raúl Hernando Murillo Moreno, hay dos tipos de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y la que se está aplicando en Colombia es la tetravalente que contiene partículas similares a virus, es decir que no contiene virus y es del mismo tipo de vacuna que ha sido aprobada, desde el 2006, en más de 120 países y ha sido introducida en los programas de vacunación en 40 países.

Comunicado 214 del 9 de abril de 2013 de la Procuraduría General de la Nación

Mandatarios departamentales coincidieron en señalar que el régimen subsidiado debería ser de exclusiva competencia del gestor público

Gobernadores expusieron al Procurador General sus planteamientos frente al proyecto de reforma a la salud. Según ellos, aún no hay claridad entre EPS, IPS y entidades territoriales en cuanto a las cifras de cartera de los recursos del régimen subsidiado de salud.

Las preocupaciones, propuestas y opiniones de los gobernadores del país frente al proyecto de reforma a la salud que cursa en el Congreso de la República, fueron expuestas por los mandatarios departamentales al procurador Alejandro Ordóñez, durante un conversatorio que se llevó a cabo el 5 de abril. Entre los aspectos señalados, se destaca la propuesta para que la administración del régimen subsidiado pase directamente a manos de las entidades territoriales con el propósito de evitar la intermediación en el flujo de los recursos y en la adecuada prestación de los servicios.

Varios gobernadores afirmaron que la situación de la salud tiene muchas problemáticas que dependen de la región, por lo cual es necesario tener en cuenta las particularidades y el perfil epidemiológico de estas para diseñar e implementar las políticas de salud y definir la inversión de los recursos. También señalaron que la reforma debe darle importancia a la promoción y la prevención, más que a la rentabilidad.

Comunicado 101 del 17 de abril de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Gobierno trabaja en ajustes de fondo al Proyecto de Ley Estatutaria.

El Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, anunció que luego de tener un diálogo con algunos magistrados, sólo dos de los 14 artículos de la Reforma a la Salud son estatutarios. Según el Ministro, uno de los cambios más importantes, es definir mecanismos para la regulación y protección del derecho fundamental a la salud.

“Si ustedes miran el Proyecto de Ley Estatutaria, de los 14 artículos sólo tiene dos estrictamente estatutarios: el primero que dice que salud es un derecho fundamental, todos estamos de acuerdo con eso y el cuarto que habla del plan de beneficios, pero adolece esa ley, todavía, de una definición de los mecanismos de regulación y protección del derecho”, dijo el Ministro Gaviria.

3 Mapa Político

Designados Ponentes (Senado) del Proyecto de Ley Estatutaria que establece que la salud es un derecho fundamental

El 16 de abril, fueron designados los ponentes de la Comisión Primera del Senado, del proyecto de ley estatutario que tiene por objeto garantizar la salud como un derecho humano constitucional fundamental.

Fue designada como coordinadora la senadora Karime Motta del partido de La U, odontóloga de profesión. El grupo de ponentes son: El conservador Juan Manuel Corzo, abogado de profesión; el liberal y abogado Luis Fernando Velasco; el administrador público Hemel Hurtado, del Partido de Integración Nacional (PIN); del Partido Verde, el abogado Eduardo Londoño; y finalmente por la oposición, Luis Carlos Avellaneda del Polo Democrático (de corriente Progresista de Bogotá), también abogado.

A este proyecto de origen gubernamental que tiene mensaje de urgencia, solo le falta la designación de ponentes en la comisión Primera de la Cámara, para que se pueda dar inicio al estudio al texto presentado por el ejecutivo, a Cargo del Ministerio de Salud, que será el encargado de rendir el informe de ponencia para primer debate

4. Formulación de Políticas Públicas

Aunque en el mes de abril no se presentaron políticas públicas referentes al cáncer y sus factores de riesgo, es importante resaltar que se realizaron varias audiencias públicas, con la idea de que varios actores del sistema de salud y la sociedad civil, pudieran expresar sus inquietudes y propuestas referentes al Proyecto de Ley 210/2013, “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Algunos de los actores convocados fueron: gobernadores y alcaldes distritales y municipales, la Federación Colombiana de Municipios, la Federación Nacional de Departamentos, voceros de las asociaciones de pacientes, los prestadores (IPS); los aseguradores (EPS); las asociaciones científicas y médicas, los grupos étnicos, (entre ellos comunidades indígenas y afro-colombianos); los gremios del sector farmacéutico y las facultades de medicina de distintas universidades del país.

5. Fuentes de información

1. Presidencia de la República de Colombia. [En línea] [Citado: Enero 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: Enero 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: Enero 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: Enero de 2013] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>
5. Corte Constitucional de Colombia. [En línea] [Citado: Abril 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.