



Por el control del cáncer

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

Boletín de análisis de Políticas y Legislación

Primer semestre 2013



Por el control del cáncer

Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Cancerología ESE
Grupo Políticas y Movilización Social
Boletín semestral de Seguimiento Legislativo y
Político

Primer semestre de 2013
Bogotá D.C., 15 de julio de 2013

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General

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

Jesús Alexander Cotes
Coordinador Grupo Área Salud Pública

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

Alejandro Niño Bogoya
Coordinación editorial
Diseño y diagramación
anino@cancer.gov.co

El Artículo 138 de la Constitución Política de Colombia, establece que una Legislatura es un período establecido para que el Congreso de la República se reúna en sesiones ordinarias, comprendido entre el 20 de julio al 20 de junio del año siguiente, así que cada período constitucional consta de cuatro legislaturas.

Este boletín presenta el contexto político y normativo para el control del cáncer, correspondiente al segundo periodo de la Tercera Legislatura, la cual inició el 20 de julio de 2012 y terminó el pasado 20 de junio de 2013. Es necesario recordar que las legislaturas están divididas en dos periodos, el primero va del 20 de julio al 16 de diciembre del mismo año, y el segundo del 16 de marzo al 20 de junio del siguiente año.

Este boletín semestral, pretende aportar elementos que permitan enfrentar la problemática de esta enfermedad a nivel político y social.

Seguimiento a las Políticas y Legislación para el control del cáncer y sus factores de riesgo

**Segundo Periodo (16 marzo – 20 junio de 2013) de la Tercera Legislatura
(20 de Julio de 2012 - 20 de Junio de 2013)**

Información de contexto

Tipo de Leyes en el Congreso

Debido a los debates en torno a los proyectos de ley que reforman la salud, es importante aclarar el tipo 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.

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: 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.

A continuación se presenta el seguimiento a los Proyectos de ley sobre cáncer y factores de riesgo. Se revisan los proyectos más importantes, en la medida que influye a todo un país, teniendo en cuenta la valoración de las estrategias y opciones, así como la oportunidad que representa en términos positivos y/o negativos. Logrando de esta forma opinión, información y estímulo a la hora de evaluar los resultados según el cumplimiento, o no, de los objetivos fijados en cada proyecto definido.

1. Proyectos de Ley

1.1 Proyectos de Ley que Reforman la Salud

Tanto la Ley Estatutaria de Salud, que acaba de ser aprobada en el Congreso y pasó a revisión de la Corte Constitucional, como el Proyecto de Ley Ordinaria, que continúa su curso en el Congreso, siguen generando preocupación en la sociedad civil colombiana.

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.

A continuación se presentarán los antecedentes de los dos Proyectos de Ley que reforman la salud, junto con un análisis político respectivamente.

Proyecto de Ley Estatutaria 209/13 S. 267/13 C.

Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

La Cámara y el Senado aprobaron los informes de Conciliación del Proyecto de Ley Estatutaria que reforma el sistema de salud en Colombia. Con esto, la reforma terminó su trámite en el Congreso de la República y entró a revisión de la Corte Constitucional, la cual debe revisarla y aprobarla para que pase a sanción presidencial.

Desde la radicación en el Senado del Proyecto de Ley, el Ministro Gaviria advirtió que no consideraba necesaria una ley estatutaria, sin embargo esta es hoy en día prácticamente un hecho. Durante la legislatura quedó claro que el derecho fundamental a la salud, pasó a un segundo plano y se centró en intereses de los Congresistas y no del bien común de los colombianos.

El proceso legislativo de la reforma como el contenido de la misma, demuestra que ésta carece de perspectivas diferentes y suficientes que superen la crisis de la salud. Los problemas más destacables son:

- El derecho a la salud podría estar sujeto a la sostenibilidad fiscal;
- No está la figura del Defensor del Usuario;
- No hay claridad sobre el alcance de la tutela,
- No está claro si se eliminan o no las EPS, o simplemente cambian

de nombre;

- No es claro cómo será la adquisición de la póliza de salud por parte de empleados independientes y personas mayores de 18 años, que no continúan sus estudios o no logran la vinculación laboral.
- Algunos congresistas consideran que la Conciliación del Proyecto tuvo muchas alteraciones. Además, según el trámite correspondiente la reforma debió haberse aprobado en Conciliación el 19 de junio y no el día en el que terminaba la legislatura, para que fuera enviada y revisada por la Corte Constitucional.

Antecedentes del Proyecto

El Proyecto de Ley Estatutaria fue radicado por el Gobierno Nacional el 19 de marzo de 2013, con la participación de los miembros de la Gran Junta Médica. El 2 de abril del 2013 el Gobierno envió con mensaje de urgencia y deliberación conjunta de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara por la importancia del Proyecto de Ley, en cuanto a la garantía del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Posteriormente, 7 de mayo de 2013, la mesa directiva de las Sesiones Conjuntas de las Comisiones Primeras del Senado y de la Cámara pidió convocar el proyecto a audiencia pública para que todos los interesados en la iniciativa presentaran opiniones u observaciones. Dicha audiencia se realizó el 14 de mayo de 2013 con la participación de los miembros de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara, de la Gran Junta Médica, Representantes de las Asociaciones de Pacientes de Alto Costo, Representantes de la Central de Trabajadores, el grupo jurídico de la ANDI, la Directora de Gestarsalud, el Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, la Presidenta de ANIR, el Presidente Ejecutivo de ACEMI, y el Ministro de Salud y Protección Social, entre otros.

El 21 de mayo, los ponentes de la Comisión Primera de Senado presentaron la Ponencia para primer debate y al día siguiente lo hicieron los ponentes de la Comisión Primera de Cámara. Los dos informes de ponencia contemplaron lo siguiente:

1. La salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable
2. Las obligaciones a cargo del Estado
3. Los elementos y principios del derecho fundamental a la salud
4. Los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de los servicios de salud
5. La evaluación de los indicadores del goce efectivo
6. La autonomía profesional
7. El respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud

8. La información para el sector de la salud
9. La inembargabilidad de los recursos

El primer debate fue aprobado el 05 de junio de 2013 en sesiones conjuntas de las Comisiones Primeras de Cámara y Senado. Para el segundo debate se presentó el informe de ponencia el 12 de junio de 2013.

El 18 de junio de 2013 fue aprobado el Proyecto en la Plenaria del Senado previa presentación de una proposición sustitutiva al texto propuesto para segundo debate correspondiente al mismo aprobado en las comisiones primeras conjuntas, la cual fue votada y aprobada. El 19 del mismo mes, en Plenaria de la Cámara, fue aprobado el informe final de la ponencia. Ese mismo día el Proyecto pasó a Conciliación. El 20 de junio de 2013, la Comisión Conciliadora no debatió sobre los 14 artículos aprobados en Plenaria de Senado y Cámara, ya que ambas Plenarios aprobaron exactamente lo mismo. Sobre los demás artículos, la Comisión Conciliadora ejerció la labor encomendada por las mesas directivas, presentando un Proyecto con 26 Artículos, incluido el de su publicación. El Capítulo I se refiere al Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes; el II a la Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud; el III a los Profesionales y trabajadores de la salud; y finalmente el IV que se refiere a Otras disposiciones.

Análisis político y social

En términos políticos y sociales, el Proyecto de Ley Estatutaria logra abarcar algunos puntos importantes, tales como 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.

El Artículo 6° sobre los Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, establece que el derecho fundamental a la salud incluye elementos esenciales e interrelacionados, entre los cuales está:

l) **Interculturalidad.** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

m) **Protección a los pueblos indígenas.** Para los pueblos indígenas

el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI.

n) **Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

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

El Artículo 11 hace referencia a los Sujetos de especial protección. “La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud”.

El Parágrafo 1 del Artículo 11, establece que “Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran. El Parágrafo 2, por su parte, establece que en cuento las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

Proyecto de ley Ordinaria 210 S. [Reforma a la Salud del Ejecutivo]

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

El 19 de marzo de 2013 fue radicado por el Ejecutivo, el Proyecto

de Ley Ordinaria que 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”. Este no tiene mensaje de urgencia, pero complementará lo estipulado en la reforma a la ley estatutaria a la salud, impulsada con prioridad por el Gobierno Nacional.

Hasta el momento, la reforma no soluciona los problemas de la salud, sino que al igual que reformas anteriores, simplemente modifica algunos aspectos. 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 de la 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.

La iniciativa tiene artículos que siguen generando polémica. Uno de ellos es el nombramiento de los gerentes de los hospitales públicos sea nuevamente una tarea de las autoridades locales como alcaldes y gobernadores, impidiendo que se mantenga el criterio de la meritocracia. Otro punto de controversia en el Congreso es la permanencia de las EPS y a la integración vertical. El senador Gabriel Zapata por ejemplo, es partidario de transformar las Entidades Promotoras de Salud a partir de la reforma del sistema, mientras el senador Mauricio Ospina defendió su eliminación definitiva.

Finalmente el pasado 13 de junio la Comisión Séptima del Senado decidió que las EPS sobrevivirán pero serán reformadas y saneadas, estableciendo que no tendrán clínicas ni hospitales y que supuestamente se dedicarán a gestionar los servicios, sin controlar los recursos de la salud. También fue aprobada la formalización laboral de más de 200.000 trabajadores del sector salud, mediante la figura de “servidores de la salud”.

Proyecto de ley 248 C. de 2013

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

El Proyecto de Ley del Representante a la Cámara, Holger Ignacio Díaz

(Partido de Integración Nacional -PIN), cuanta con XV capítulos y 63 artículos, que 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.

1.2 Proyectos de Ley relacionados con factores de riesgo de cáncer

Proyecto de Ley 318/10.3 C. [Consumo de tabaco]

Disposiciones por medio de la cual se adiciona un Capítulo IV a la Ley 1335 de 2009, que previene daños a la salud de los menores de edad,

la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

“... en mi vida he tenido dos grandes vicios: fumar y jugar al fútbol. El fútbol me lo ha dado todo en la vida. En cambio, fumar casi me la quita” Johann Cruyff

Este proyecto radicado el 29 de mayo y publicado el 31 de mayo de 2013, por el Representante a la Cámara Yahir Fernando Acuña Cardales (Aforvides), busca prohibir la publicidad en los puntos de venta de los productos del tabaco, puesto que las prácticas de promoción en los puntos de venta (incluidos los descuentos de precios y la distribución gratuita de productos) representan más del 75% de los gastos de comercialización de una tabacalera. Sin embargo, el proyecto fue archivado el 20 de junio de 2013 por transito de Legislatura.

Según la Exposición de Motivos del Proyecto, diversos análisis investigativos han demostrado que la publicidad de tabaco incrementa su consumo y que los jóvenes son los más vulnerables frente a esta. La proliferación de la publicidad directa e indirecta del tabaco hace difícil que los consumidores absorban plenamente los mensajes acerca de los riesgos del consumo y la exposición al humo del tabaco, y beneficiarse plenamente de las campañas de información. La eliminación de la publicidad del tabaco y de toda otra forma de promoción, por lo tanto, reforzará las campañas de educación de los gobiernos y las intervenciones para el control del tabaco.

Una prohibición de la publicidad, la promoción es eficaz únicamente si tiene un alcance amplio. La comunicación mercadotécnica contemporánea tiene un enfoque integrado de la publicidad y la promoción de la compra y la venta de mercancías, y comprende la comercialización directa, las relaciones públicas, la promoción de las ventas, así como métodos mercadotécnicos de venta personal o interactiva en línea. Si se prohíben solamente determinadas formas de publicidad directa del tabaco, la industria tabacalera inevitablemente reorientará sus gastos hacia otras estrategias de publicidad, promoción y patrocinio y recurrirá a modalidades creativas e indirectas de promover los productos de tabaco y el consumo de estos, especialmente entre los jóvenes.

Las Recomendaciones del Proyecto con respecto a la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco deberían abarcar lo siguiente:

- Toda publicidad y promoción así como el patrocinio sin

excepciones;

- La publicidad, la promoción y el patrocinio directos e indirectos;
- Las acciones que tengan un objetivo promocional o que tengan o puedan tener un efecto promocional;
- La promoción de los productos de tabaco y el consumo de tabaco;
- Las comunicaciones comerciales y las recomendaciones y acciones comerciales;
- La contribución de todo tipo a cualquier acto, actividad o individuo;
- La publicidad y la promoción de nombres de marcas de tabaco y toda promoción empresarial; y
- Los medios de difusión tradicional (prensa, televisión y radio) y toda plataforma de medios, con inclusión de Internet, teléfonos móviles y otras nuevas tecnologías así como las películas.

Proyecto de Ley 08/12 S. [Consumo de alcohol]

Por medio de la cual se establecen políticas para prevenir el consumo de las bebidas alcohólicas por parte de los menores de edad y se previenen las consecuencias relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población en general, se establecen normas sobre el expendio, suministro, consumo, publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y se dictan otras disposiciones.

Este Proyecto radicado el 20 de julio de 2012, por la ex Senadora Dilian Francisca Todo (Partido de la U), fue archivado por transito de Legislatura el 20 de junio de 2013.

Este había sido presentado en varias oportunidades para ser discutido en el Congreso de la República; sin embargo, no se logró dar el trámite correspondiente, debido a los problemas de la Congresista . Con investigación por A pesar de que el articulado y la exposición de motivos fueron trabajados por los ponentes, este definitivamente fue archivado.

El proyecto tenía como objeto “establecer políticas públicas integrales para prevenir el consumo y dependencia de bebidas alcohólicas de la población en general y en especial de los menores de edad, promover programas preventivos del consumo de alcohol, y establecer restricciones para prevenir la ocurrencia de riesgos asociados como consecuencia de la ingesta del alcohol”.

Proyecto de Ley 317/13 C. [Comida chatarra]

Por la cual se prohíbe y restringe la venta y consumo de la “comida chatarra” en los establecimientos educativos públicos y privados del

país y se dictan otras disposiciones.

...en el mundo hay más de mil millones de personas con sobrepeso y esta cifra aumentará a mil quinientos millones en dos mil quince (2015) si se mantiene la tendencia actual” (OMS).

El Representante Yahir Fernando Acuña Cardales, radicó el 29 de mayo de 2013, un Proyecto de Ley que tiene por objeto, prohibir la venta y el consumo de la “comida chatarra” en todos los establecimientos educativos de prescolar, básica primaria, bachillerato y media vocacional públicos y privados del país. El 17 de junio el proyecto fue retirado por el autor.

Según el proyecto, el Ministerio de Educación Nacional exigirá dentro del proyecto educativo institucional de cada colegio, la enseñanza de buenos hábitos nutricionales y se desarrollarán en el mismo Ministerio, políticas tendientes a la vigilancia de la venta de productos que se consumen en el interior.

En la exposición de motivos, el Representante dice que “es una necesidad oponernos a que el consumo indiscriminado de alimentos que no alimentan pero que sí enferman hasta llevar a nuestros niños y jóvenes a la obesidad, sigan disfrutando de indiscriminada patente, de ahí que se impongan límites que deben ser definidos por el Estado, Ministerio de Educación Nacional.

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.

1.3 Proyectos de Ley Relacionados con Cuidado Paliativo

Proyecto de ley 138/10 S. 290/11 C. (Cuidados

Paliativos)

Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad

La Corte Constitucional devolvió al Senado de la República el Proyecto de Ley Consuelo Devis Saavedra, que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes de enfermedades terminales.

La Corte Constitucional devolvió al Congreso el proyecto de ley 138/10 S. 290/11 C., con el fin de que tramite la subsanación del vicio de procedimiento identificado en esta providencia. El Alto Tribunal concede un término de treinta días para que subsane el vicio detectado. Una vez subsanado, la Cámara de Representantes deberá devolver a la Corte Constitucional el proyecto de ley estatutaria para continuar el trámite de rigor.

Decisión de la Corte Constitucional

1. DEVUÉLVASE a la presidencia de la Cámara de Representantes el proyecto de ley No. 138/10 S. 290/11 C., con el fin de que tramite la subsanación del vicio de procedimiento identificado en esta providencia.
2. CONCÉDASE a la Plenaria del Senado de la Cámara de Representante, el plazo de treinta (30) días, en los términos del artículo 202 de la Ley 5ª de 1992, en concordancia con el artículo 45 del Decreto 2067 de 1991, para que subsane el vicio detectado en esta providencia.
3. REMÍTASE por la Cámara de Representantes a la Corte Constitucional el proyecto de ley estatutaria para continuar el trámite de rigor, de acuerdo con lo previsto en el artículo 167 de la Constitución Política.

Síntesis de fundamentos de la Corte

Antes de entrar a emitir un pronunciamiento sobre la objeción, La Corte según el artículo 167 de la Constitución, debía verificar si se había cumplido con el trámite de la objeción gubernamental en el Congreso de la República. “El Tribunal reiteró, que la insistencia de las cámaras en el proyecto de ley objetado es un presupuesto de procedibilidad del pronunciamiento de la Corte Constitucional acerca de las objeciones gubernamentales, como quiera que si falta en todo o en parte, deberá entenderse que dicho proyecto fue archivado total o parcialmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 200 de la Ley 3ª de 1992 y no habría lugar a dicho pronunciamiento. Para la Corte, la insistencia de

las cámaras en el proyecto de ley objetado, evidencia una discrepancia de orden conceptual sobre un aspecto jurídico constitucional entre el Ejecutivo y el Legislativo, que se concreta en el segundo debate que debe realizarse en cada cámara en torno de un informe sobre las objeciones que se somete a votación en cada una de las cámaras, con todos los requisitos exigidos por la Constitución”.

La Corte halló que en la aprobación del informe de las objeciones gubernamentales al proyecto de ley No. 138/10 se había omitido el anuncio previo de la votación. Al revisar las actas correspondientes “se constató que si bien en la sesión plenaria de la Cámara del 4 de septiembre de 2012 se había anunciado el informe de la objeción al citado proyecto de ley para la siguiente sesión, el informe de las objeciones en el que se proponía insistir en dicho proyecto de ley, fue considerado y aprobado en la sesión plenaria de la Cámara de Representantes celebrada el día 11 de septiembre de 2012, sin que hubiera sido anunciado nuevamente en la sesión inmediatamente anterior que se realizó el 5 de septiembre de 2012, con lo cual se rompió la cadena de anuncios y con ello se desconoció el precepto constitucional que garantiza la publicidad del procedimiento legislativo, el cual tiene, entre otros propósitos, permitir que los congresistas no sean sorprendidos con el debate y votación de un proyecto de ley para el cual no se hayan preparado.

La Constitución es contundente al ordenar que ningún proyecto de ley puede ser votado, si no ha sido anunciado de manera previa en sesión diferente a aquella en que se somete a votación, aviso que, como lo ha precisado la jurisprudencia constitucional de manera sostenida, debe haber sido realizado en la sesión inmediatamente anterior para que tenga certeza y cumpla con el objetivo para el cual ha sido previsto dicho aviso por el constituyente.

No obstante, el Tribunal constató que el vicio de procedimiento observado era susceptible de ser enmendado por el Congreso de la República, toda vez (i) que tuvo lugar en la plenaria de la Cámara de Representantes, cuando el informe de objeciones gubernamentales ya había sido aprobado en debida forma por el Senado de la República y (ii) durante su trámite no se advierte la afectación de los derechos de las minorías parlamentarias.

Como consecuencia de lo anterior, en el presente caso, era aplicable el parágrafo del artículo 241 de la Constitución, con fundamento en el cual la Corte decidió devolver el expediente a la Cámara de Representantes, para que rehaga el trámite respectivo. Con tal objeto, el Congreso tendrá un plazo de treinta (30) días, que deberá contarse en la forma establecida en el artículo 202 de la Ley 5ª de 1992, en concordancia con el artículo 45 del Decreto 2067 de 1991. En el evento de ser subsanado el vicio de procedimiento advertido, el proyecto de

ley deberá ser remitido por la Cámara de Representantes a la Corte Constitucional para continuar el trámite de rigor, de acuerdo con lo previsto en el artículo 167 de la Constitución Política”.

Antecedentes del Proyecto por Inconstitucionalidad

Luego de la aprobación de la Comisión de Conciliación al proyecto, el 23 de mayo de 2012, el 15 de junio del mismo año el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud y Protección Social, objetó por inconveniente e inconstitucional, al considerar que el Proyecto cuenta con elementos de una Ley Estatutaria y no Ordinaria. En consecuencia, el Presidente de la República se abstuvo a sancionar al mismo. Debido a las objeciones por inconveniencia y según lo establecido en el artículo 197 de la Ley 5 de 1992, “Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes”, el Presidente de la República devolvió el Proyecto de Ley al Senado (Cámara en la cual el proyecto se originó), manifestando las razones que tuvo para no sancionarla.

Las objeciones presidenciales por inconstitucionalidad fueron las siguientes:

1. La violación de los artículos 152 y 153 de Constitución Política de Colombia. El artículo 152 señala que son las leyes estatutarias las que regulan los “Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección”. Esto indica que las medidas reguladas en el proyecto de ley 138 de 2010, están constitucionalmente sujetadas a una ley estatutaria debido a sus requerimientos particulares y no a una ley ordinaria, según lo indica el artículo 153 de la Constitución Política de Colombia, el cual señala que “La aprobación, modificación o derogación de las leyes estatutarias exigirá la mayoría absoluta de los miembros del Congreso y deberá efectuarse dentro de una sola legislatura. Dicho trámite comprenderá la revisión previa, por parte de la Corte Constitucional, de la exequibilidad del proyecto. Cualquier ciudadano podrá intervenir para defenderla o impugnarla”.
2. El parágrafo del artículo 4 del proyecto, contiene aspectos que competen sin lugar a duda, al derecho a la vida, al señalar los deberes del médico: “Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales, siempre y cuando el paciente no sea apto para donar órganos”. Esto muestra que en el proyecto maneja temas susceptibles como la vida y el derecho a morir dignamente, los cuales sin lugar a duda están en juego.
3. El numeral 4 del artículo 5º señala que toda persona en pleno uso de sus facultades puede expresar su voluntad de “no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida

digna en el paciente”. La objeción en este punto se debe a que el tema específico de voluntad anticipada, lo ha venido trabajado el proyecto de ley 64 de 2011 del Representante a la Cámara del Partido Liberal, Rafael Romero Piñeros: “Por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal. [Pacientes terminales]”.

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

El proyecto del Ministerio de Justicia, establece medidas para enfrentar de manera efectiva los problemas estructurales que tiene el sistema penitenciario y carcelario del país. Para ello, comprende aspectos como: la inclusión del principio de un enfoque diferencial que genere condiciones especiales de reclusión para poblaciones especiales; la diferenciación de personas reclusas en detención preventiva y los condenados; la construcción de centros especializados de atención médica y psiquiátrica; la consideración de las penas intramurales como último recurso con el fin de asegurar la descongestión del sistema; la realización de audiencias virtuales para agilizar el trabajo de los jueces de ejecución de penas; la creación del Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario, Sisipe; la creación de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, que deberá garantizar las condiciones mínimas de reclusión; el establecimiento de medidas de resocialización de los presos; la determinación de las funciones del Consejo Superior de Política Criminal, encargado del Plan Nacional de Política Criminal; la posibilidad de declarar el Estado de Emergencia Penitenciaria y Carcelaria en casos de sobrepoblación carcelaria, entre otros.

En cuento a la salud, el proyecto busca 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. Legislatura y jurisprudencia

2.1 Legislación relacionada con Control del Cáncer

2.1.1 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, la cual 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 párrafos.

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 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. 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.

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. 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.

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 morbimortalidad 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”.

Con el fin de que la población colombiana reciba atención integral, continua y oportuna en el diagnóstico, el control y tratamiento contra el cáncer, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó la Ley 1384 de 2010 “Sandra Ceballos” que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, junto con la Ley 1388 de 2010 “Cáncer Infantil” que protege el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

Con esta reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se establecen lineamientos nacionales de obligatorio cumplimiento para el control integral del cáncer, mediante la definición de acciones para la promoción y prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la rehabilitación y los cuidados paliativos, el mejoramiento de la infraestructura y la tecnología así como la formación del talento humano en oncología, todo ello, en busca de una reducción en el número de personas que enferman y mueren por esta causa.

Según el Ministerio, los colombianos se benefician con la reglamentación de las leyes de cáncer así:

- Mejor acceso, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad.
- Integralidad en las intervenciones, lo que incluye el fortalecimiento de los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar laboral y social.
- Recibir atención en instituciones de salud que cumplen con la infraestructura y condiciones adecuadas para responder integralmente a las necesidades específicas de los pacientes.
- Intervenciones para la prevención de cánceres para los que se han probado alternativas de intervención, por ejemplo, vacunación gratuita para las niñas escolarizadas contra el virus del papiloma humano (VPH), intervenciones intersectoriales para controlar el consumo de tabaco y alcohol, para fomentar la actividad física y para aumentar el consumo de frutas y verduras, entre otras.
- Mayor acceso a programas para la identificación oportuna de algunos tipos de cáncer para los que existen pruebas de detección

temprana.

- Mayor vigilancia y control por parte de las autoridades competentes del orden nacional y territorial, para garantizar el cumplimiento de las acciones para la atención integral del cáncer, especialmente en los niños.
- Para los niños, además, se garantizará la atención de la enfermedad únicamente en instituciones de salud de alta complejidad que cumplan con los requisitos exigidos por la normatividad para tal fin; disminuyendo la necesidad de traslados durante el tratamiento.
- Disponibilidad de servicios de apoyo social como hogares de paso, para el alojamiento de las personas menores de 18 años con diagnóstico en estudio o confirmado de cáncer y un acompañante; esto beneficiará a aquellos pacientes que deben recibir la atención en una ciudad diferente a la de residencia habitual y que además no cuentan con las condiciones económicas ni la red de apoyo para asumir los costos del alojamiento.
- Disminución en las barreras de acceso y trámites administrativos para mejorar la atención de los pacientes oncológicos y sus familias con la organización e implementación de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos; estas permitirán que las IPS se organicen para garantizar el acceso a los servicios que necesita el paciente de manera oportuna y buscarán brindar al usuario la mayor parte de los servicios requeridos para su tratamiento en una misma IPS, evitando los traslados y desplazamientos para recibir la mejor atención.
- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tendrán la obligación de expedir las autorizaciones de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) sólo una vez, es decir que esta autorización será por la totalidad del tratamiento de quimioterapia y radioterapia que haya sido formulado cuando se trate de un cáncer que tiene una guía o protocolo de manejo unificado. Cuando el cáncer no tenga una guía o protocolo unificado, la EPS deberá generar una autorización que cubra el tratamiento de quimioterapia o radioterapia por al menos 6 meses.
- Oportunidad y entrega completa de medicamentos necesarios para obtener el tratamiento oncológico completo, de acuerdo a la “Ley Antitrámites” (Decreto - Ley 019 de 2012). En ese sentido, las EPS tendrán la obligación de implantar un procedimiento de entrega de medicamentos a sus afiliados, en el que asegure la entrega completa e inmediata de los mismos. En el evento excepcional en que la entrega no pueda hacerse completa, en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza. Así mismo, será de obligatorio cumplimiento el reporte de información sobre la entrega de medicamentos al Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.2 Resoluciones Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 1283 del 2 de mayo de 2013

Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021

La Resolución establece que es de obligatoriedad el cumplimiento del Plan, por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad en Salud.

Resolución 1419 del 6 de mayo de 2013

Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer; los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones.

Considerando lo establecido en el artículo 13 de la Ley 1384 de 2010, “Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la red de prestación de servicios oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

La Resolución, que cuenta con nueve (9) artículos, tiene por objeto “establecer los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, así como los lineamientos para el monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios oncológicos”.

Según la resolución, la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, “es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional, orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad, responsable del pago, para garantizar el acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad, integridad, resolutivez y calidad en el control y la atención del cáncer, así como en los procesos de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.

El artículo 4 de la misma, establece los siguientes lineamientos para el

monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos: Gestión del Servicio, Gestión de la Calidad; Resolutivez y Equidad. El artículo 6, por otro lado, hace referencia a ocho (8) condiciones que deben tener las Unidades Funcionales, entre las cuales se encuentran las siguientes:

1. Instalaciones: Hospitalización, cirugía, quimioterapia, unidad de cuidado paliativo, urgencias, consulta externa, dolos y cuidados paliativos, y transfusión sanguínea.
2. Contar con transporte asistencial
3. Disponer de radioterapia y medicina nuclear
4. Rehabilitación física, psicológica y social

Resolución 1440 del 6 de mayo de 2013. **Ministerio de Salud y Protección Social**

Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó parcialmente la Ley 1384 de 2010 “Sandra Ceballos” que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, y la Ley 1388 de 2010 “Cáncer Infantil” que propende por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. También definió el Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia para el periodo 2012-2021, con el cual se establece una ruta unificada para el cumplimiento de metas y el desarrollo de acciones en la lucha contra el cáncer.

Según lo establecido en las Leyes 1384 y 1388 de 2010, las cuales dictan disposiciones para la atención integral del cáncer en la población colombiana y como parte de esta, de la población menor de 18 años; y el Plan Decenal de Cáncer 2012-2021, adoptado mediante Resolución número 1383 de 2013, el cual plantea en una de sus líneas estratégicas de mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, acciones políticas y normativas, entre ellas la reglamentación de los servicios de apoyo social definidos en las Leyes antes mencionadas.

Con esta reglamentación se establecen lineamientos nacionales de obligatorio cumplimiento para el control integral del cáncer mediante la definición de acciones para la promoción y prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la rehabilitación y los cuidados paliativos, el mejoramiento de la infraestructura y la tecnología así como la formación del talento humano en oncología, todo ello, en busca de una reducción en el número de personas que enferman y mueren por esta causa.

El Artículo 14 de la Ley 1384, señala: “Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del Paciente”.

Por su parte, el Artículo 13 de la Ley 1388 señala que la población beneficiaria tendrá derecho “cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del Menor”.

La Resolución, tiene como objeto “establecer las condiciones bajo las cuales los hogares de paso brindarán la atención como un servicio de apoyo social para los menores de 18 años, con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer, conforme a lo previsto en el artículo 2° de la Ley 1388 de 2010 y el numeral 3 del artículo 24 de la Resolución número 2590 de 2012”

Hogar de paso, dentro de la presente resolución es el “servicio de apoyo social que hace parte de la asistencia social y que brinda alojamiento de manera transitoria al menor de 18 años con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer y a un familiar o acudiente quien será su acompañante. Como tal, el hogar de paso podrá brindar el soporte necesario para la atención en salud a través de servicios de salud debidamente habilitados por éstos o por la entidad responsable de garantizar la atención en salud”.

Todas las instituciones públicas, privadas o mixtas, que cuenten con infraestructura en donde se preste el servicio de hogar de paso como un servicio de apoyo social, tienen que cumplir con las disposiciones establecidas en la resolución.

Resolución 1441 del 6 de mayo de 2013. **Ministerio de Salud y Protección Social**

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Esta Resolución, que cuenta con 19 artículos, tiene por objeto “establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, b) los Profesionales

independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, d) Las Entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos”.

El artículo 13 de la misma, hace referencia al Plan de Visitas de Servicios Oncológicos. “El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, definirá las visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben realizar a los servicios de oncología, las cuales contarán con el apoyo que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Resolución 1442 del 6 de mayo de 2013. **Ministerio de Salud y Protección Social**

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones

El Artículo 1 de la Resolución, establece adoptar las siguientes Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales serán revisadas y actualizadas en cualquier momento, según la evidencia científica y los desarrollos tecnológicos:

1. Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico y seguimiento de Leucemia Linfocítica Aguda y Leucemia Mieloide Aguda en niños, niñas y adolescentes.
2. Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Linfoma de Hodgkin y Linfoma No Hodgkin en niños, niñas y adolescentes.
3. Guía de práctica clínica para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama.
4. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto.
5. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata.

Según la Resolución, las Guías de Práctica Clínica (GPC), serán una referencia necesaria para la atención de las personas, siendo potestad del personal de salud acoger o apartar de las recomendaciones, cuando

lo amerite, siempre y cuando se deje registro de su concepto y decisión en la historia clínica.

Resolución 1604 del 17 de mayo de 2013

Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-Ley 0019 de 2012

Resolución 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

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.

2.1 Legislación y Jurisprudencia

Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013 [Derechos personas con discapacidad]

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.

Las personas con cáncer o que la haya padecido la enfermedad, están sometidos a la presente Ley que tiene como objeto 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.

2.2 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”.

2.3 Proyectos Decretos

El Ministerio de Educación Nacional puso a disposición el Proyecto Decreto “Por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010 para la población menor de 18 años”.

El proyecto de decreto pretende dar continuidad a los procesos de enseñanza y aprendizaje de la población menor de edad, que durante el tiempo en que deban realizarse exámenes diagnósticos y procedimientos especializados por sospecha de cáncer, o tratamiento y consecuencias de la enfermedad dejan de asistir regularmente al establecimiento educativo en el que están matriculados, poniendo a su disposición los materiales educativos y estrategias didácticas que les

permitan reintegrarse con normalidad a sus estudios. Hay que tener en cuenta que cualquier ciudadano puede presentar los comentarios o sugerencias al proyecto, en la web del Ministerio de Educación.

2.4 Fallo del Consejo de Estado

Con respecto a publicidad sobre bebidas alcohólicas y tabaco, advertencias legales deben ser claras e inteligibles.

El Consejo de Estado, decidió por el recurso de apelación interpuesto por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA–, contra la sentencia de 13 de agosto de 2012, proferida por la Sección Primera –Subsección “B”– del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, que denegó las pretensiones de la demanda.

La Corporación considera que el Invima está en la obligación de exigir a los productores de bebidas embriagantes, que “las leyendas a que están obligados por ley respecto de las bebidas alcohólicas se emitan de manera clara e inteligible, esto es, no fraccionada o confundida con el resto del anuncio, dedicándosele especialmente un espacio en la pauta que la haga resaltar o destacar del resto del anuncio publicitario”. En la acción popular, el demandante afirmó que en los anuncios radiales que promocionan bebidas alcohólicas, las advertencias son burladas porque se transmiten rápidamente, de ahí que son incomprensibles e inaudibles.

El Alto Tribunal aclara que en este caso, no se le puede atribuir al Invima “una omisión que vulnere el derecho colectivo a la salubridad pública, por el hecho de que no le exija a las cadenas radiales que la precitada leyenda sea emitida en la misma velocidad y volumen que se transmite el resto del anuncio, pues se repite, la Ley sólo los faculta para obligar que la advertencia sea resaltada, clara e inteligible”.

2.5 Proyectos 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:

- “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.
- b) Al personal manipulador de alimentos.

- c) A los equipos y utensilios utilizados en las actividades señaladas en el literal a).
- d) A los alimentos, materias primas e insumos para alimentos que se fabriquen, envasen, expendan, exporten o importen.
- e) 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”.

3. Políticas públicas, planes, programas y proyectos

3.1 Plan Decenal para el Control Integral del Cáncer 2012-2021

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, surge en una coyuntura particular del Sistema de Salud en Colombia: el desarrollo del Modelo para el Control del Cáncer propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología, la creación del Ministerio de Salud y Protección Social y la reestructuración del Instituto Nacional de Salud (2011).

El plan plantea intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad, así como mejorar la calidad de la población que padece la enfermedad.

Propósito

El propósito del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el periodo 2012-2021, es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.

Objetivos específicos

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e

información para la toma de decisiones.

5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

El plan busca reducir la prevalencia de factores de riesgo a través de la modificación en los estilos de vida, por medio de la estrategia 4x4, con lo cual se evitaría el 30% de las muertes por cáncer, el 80% de las muertes por enfermedad cardíaca, junto con los accidentes cerebrovasculares y la diabetes. Las estrategias están basada en:

- Una alimentación saludable;
- Practicar alguna actividad física;
- Eliminar el consumo de tabaco;
- Disminuir el consumo de alcohol.

Al mismo tiempo, el plan busca la reducción de las muertes evitables por cáncer, mejorando la cobertura y la calidad en las pruebas de detección temprana, con tecnología de punta, especialmente en los cinco cánceres que más aportan muertes prematuras en el país: cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon y recto, y leucemias agudas pediátricas.

La atención, rehabilitación y superación de los daños causados por cáncer incluyendo el cuidado paliativo, es un eje central del plan. Con esto se pretende dar énfasis especial a la reorganización y el mejoramiento de la oferta de servicios mediante la conformación de unidades especializadas y centros de excelencia para garantizar el acceso con integralidad, oportunidad y continuidad de las intervenciones dirigidas a pacientes con cáncer y sus familias.

Además, el Plan incluye estrategias para consolidar el Sistema de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer, los cuales por un lado, permiten tener un análisis actualizado de la situación del cáncer, así como vigilar los procesos de atención, las tecnologías y los medicamentos utilizados; y por el otro, fortalecer la investigación a nivel nacional y la cooperación internacional para la creación de nuevos conocimientos para el abordaje de la enfermedad.

Por último el talento humano en oncología, es fundamental para fortalecer la atención de los pacientes con cáncer, y orientar acciones para su formación, educación continua y bienestar en el ambiente laboral.

Líneas estratégicas del plan

El Plan está diseñado bajo seis líneas estratégicas:

Línea estratégica 1.

Control del riesgo (Prevención primaria)

El control del riesgo del cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se han identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica.

- Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados.
- Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol.
- Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable.
- Promoción de la actividad física.
- Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales.
- Control del riesgo frente a la exposición a la radiación solar.
- Protección específica a virus relacionados con cáncer.

Línea estratégica 2

Detección temprana de la enfermedad

Comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción de la mortalidad por cáncer.

- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de próstata.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas).

Línea estratégica 3

Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer

Los pacientes oncológicos, habitualmente reciben tratamiento largos y complejo que involucran diversos elementos que deben interactuar de forma precisa e integral durante todas las fases de la enfermedad con el fin de alcanzar la cura, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida.

- Habilitación de servicios oncológicos
- Organización de oferta y demanda de servicios oncológicos.
- Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos.

Línea estratégica 4.

Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer

La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada

desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente.

- Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer.

Línea estratégica 5

Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer La planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, generación y difusión de la información y del conocimiento de una manera eficiente.

- Sistema Nacional de Información en cáncer y observatorio de cáncer.
- Investigación en cáncer.

Línea estratégica 6.

Formación y desarrollo del talento humano

Pretende orientar la formación básica y continua del talento humano estableciendo estándares que contribuyan a incrementar la calidad en áreas estratégicas y prioritarias para la atención integral del cáncer.

- Formación básica y continua del talento humano en oncología.
- Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.

3.2 Plan Decenal de Salud 2012 – 2021

Después de 24 meses de trabajo, en los que el Gobierno Nacional desarrolló las fases de aprestamiento, definición técnica, consulta ciudadana e institucional, formulación, validación intersectorial, reglamentación, presentación e instauración, el Ministerio de Salud y Protección Social, lanzó en el mes de mayo el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En consecuencia, el Plan Decenal de Salud Pública está ordenado en ocho Dimensiones Prioritarias, determinadas como los campos de acción indispensables para el bienestar de las personas:

1. Dimensión Salud Ambiental
2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental
4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional
5. Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos
6. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
7. Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres
8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Éstas se complementan con dos Dimensiones Transversales:

1. Dimensión Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, donde se definen como grupos prioritarios los niños, niñas y adolescentes; los grupos étnicos; las personas en situación de discapacidad; el adulto mayor y las personas víctimas del conflicto armado.
2. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, como línea de trabajo clave para recuperar la capacidad de gestión y direccionamiento de las entidades territoriales.

De esta manera, el Plan recoge el compromiso del Estado colombiano de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas, siguiendo la orientación dada en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, que exhorta a los países a asumir el compromiso político de luchar contra las inequidades en salud.

Según el Ministro Alejandro Gaviria Uribe, “El Plan debe entenderse entonces como una Política Pública de Estado y como un pacto social para la articulación de políticas y acciones entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios; con él, esperamos mejorar las condiciones de vida y salud de la población, así como cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y las discapacidad evitable”

3.3 Retos y avances para la implementación de la Política Pública de Discapacidad

El Viceministro de Salud, Fernando Ruiz Gómez, el Vicepresidente de la República, Angelino Garzón, y la Jefe de la Oficina de Promoción Social, Susana Helfer-Vogel, durante la instalación del Consejo Nacional de Discapacidad, aseguraron que el presente año se articulará y consolidará la política pública de discapacidad con la ayuda de las alcaldías, las gobernaciones y organismos internacionales.

“Vamos a avanzar en la promoción de la aplicación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad y de los sistemas de información que den cuenta de la situación de discapacidad en el país, así como la materialización de los derechos de las personas con un enfoque diferencial”, dijo el Viceministro. En ese sentido, este aseguró que es necesaria la articulación del sistema de discapacidad con los demás sistemas, incluyendo el sistema nacional para la inclusión y recuperación de víctimas del conflicto armado.

3.4 Informe Anual de la Superintendencia Nacional de Salud

En el mes de marzo de 2013, 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. Trámites 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.

3.5 Distrito lanzó política pública en salud para población afrodescendiente

Durante el mes de mayo, la Secretaría de Salud de Bogotá, en un ejercicio coordinado con las comunidades afro, mediante el planteamiento de una Estrategia Integral de Salud Intercultural que contempla el aseguramiento en salud, la gratuidad para personas en condiciones de vulnerabilidad y acciones de Atención primaria con el reconocimiento de la medicina ancestral y de las condiciones diferenciales de esta población, mediante la creación y funcionamiento de cinco Centros de Promoción, Prevención y Curación con Medicina Ancestral Afrodescendiente.

Esto se debe a que desde hace algunas décadas ha llegado a Bogotá población afro de diferentes lugares del país, procedentes principalmente de la región Pacífica, Atlántica, Valle y de otras regiones del país, con la idea de encontrar mejores condiciones de vida y la protección por parte del gobierno.

Bogotá tiene 6'778.691 habitantes, de los cuales 97.885 se reconocen como Negros, Palenqueros, Afrocolombianos o Raizales. (Según el

Censo DANE2005). Con el propósito de cumplir con las metas del Plan Territorial, la Secretaría Distrital de Salud pretende “garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: Raizales, Gitanos, Indígenas, Afro descendientes, a 2016.”

En 2013 se ha hecho consultas a líderes y lideresas, conocedores de la situación de la salud de la población afrodescendiente y practicantes de la medicina ancestral en nueve localidades reconocidas por la concentración de población afro descendiente en la capital: Bosa, Usme, Suba, Engativá, Fontibón, Ciudad Bolívar, Kennedy, Antonio Nariño y San Cristóbal.

En diferentes talleres la población afrodescendiente planteó sus necesidades estratégicas en salud, sobre todo las más urgentes. Se evidenció la importancia de construir una Estrategia de Atención primaria con medicina ancestral, para la creación y funcionamiento de cinco Centros de Promoción, Prevención y Curación con Medicina Ancestral Afro descendiente.

3.6 Políticas Públicas Establecidas en el Proyecto de Ley Estatutario que Reforma la Salud

El Capítulo IV del Proyecto de Ley Estatutaria que reforma la salud hace referencia a la implementación de Políticas Públicas encaminadas a garantizar el derecho fundamental a la salud, entre las cuales estaría:

- Una Política Pública en salud
- Una Política para el manejo de la información en salud
- Una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud
- Una Política Farmacéutica Nacional.

La implementación de una política social del Estado que articule de manera intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”.

La Política para el manejo de la información en salud, tiene como fin de “alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y

financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine”.

La Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud, debe estar “orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Finalmente, la Política Farmacéutica Nacional, deberá identificar “las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación”.

4. Mapa político

4.1 Congreso de la República

4.1.1 Presidente del Senado:

Roy Leonardo Barreras Montealegre (Partido de Unidad Nacional)
Cámara de Representantes 2006-2010
Comisión Primera de Cámara de Representantes
Votos: 16216
Mayor Votación: Valle del Cauca
Tipo: Titular de la curul

Observación: El Consejo de Estado lo está investigando por tráfico de influencias, pues al parecer el congresista habría entregado un inmueble a una iglesia evangélica de Cali, administrado por la Dirección Nacional de Estupefacientes ya que se le había incautado a un narcotraficante de la región (27/05/2011).
<http://www.elespectador.com/noticias/judicial/articulo-314160-uribe->

sera-testigo-proceso-de-perdida-de-investigacion-de-roy-barr Visto:
enero 24/13

4.1.2 Presidente en la Cámara de Representantes

Augusto Posada Sánchez (Partido de Unidad Nacional)
Cámara de Representantes 2006 2010
Comisión Segunda de Cámara de Representantes (19 miembros)

Votos: 10072

Mayor Votación: Antioquia

Tipo: Titular de la curul

Cámara de Representantes 2010 2014

Comisión Segunda de Cámara de Representantes

Votos: 25246

Mayor Votación: Antioquia

Tipo: Titular de la curul

Observación: Los Proyectos de Ley más destacados del Representante Posada son:

- Proyecto de Reforma a la ley de la Juventud.
- Proyecto de Ley por la cual se fijan normas para la manipulación, transporte, fabricación y uso de la pólvora en Colombia.
- Proyecto de Acto Legislativo que congela el número de concejales del Distrito Capital.
- Proyecto de Ley por el cual se declara patrimonio cultural de la Nación al Festival de Poesía de la ciudad de Medellín.
- Proyecto por el cual se toman medidas para el reciclaje y reposición de buses.
- Como ponente sobre proyectos promueven la equidad entre los ciudadanos, sobresalen:
- Convenio de cooperación entre los gobiernos de la República de Colombia y de la República del Perú, para la lucha contra el lavado de activos.
- Ley aprobatoria del acuerdo de promoción comercial entre Colombia y los Estados Unidos de América (Tratado de Libre Comercio).
- Convenio de cooperación en sanidad animal, entre los Gobiernos de Colombia y el Gobierno de la República Popular China.

4.1.3 Autores Proyectos de Ley relacionados con salud

Holger Ignacio Díaz (Partido de Integración Nacional -PIN)

Cámara de Representantes 2010-2014

Comisión Séptima de Cámara de Representantes

Votos: 23130

Mayor Votación: Santander

Tipo: Titular de la curul

Observación: Autor de la reforma al sistema de salud del Legislativo,

sin importar que su esposa Gloria Lucía Quiroz Hernández sea la gerente en Santander de la intervenida SaludCoop.

En el 2010, a lo pocos meses de ser elegido Representante a la Cámara, Díaz entregó una declaración donde consta que su esposa es gerente regional de SaludCoop en Santander. En el documento llamado ‘Registro de Intereses’, queda constancia pública de las actividades particulares de los Congresistas y sus familias, para impedir que participen en la elaboración de normas que puedan favorecer intereses personales o familiares.

Por otro lado y aún más grave, hay evidencias que muestran que el Representante y autor del proyecto de ley que redefine el sistema integral de seguridad social en salud, recibió plata de SaludCoop. En julio de 2011, Daniel Coronell publicó una columna en la Revista Semana, mostrando las pruebas en las que el Representante le envía un correo electrónico al presidente de SaludCoop, Carlos Palacino que dice:

“Buenas noches, te envío el texto definitivo del proyecto aprobado en las comisiones séptimas, te quiero molestar porque hace 2 meses, no han vuelto a consignar, NIT 804010319-3. Muchas gracias. Holger”

Coronell expone frente al correo que si dice que no le han vuelto a consignar es porque antes le habían consignado, y que el Número de Identificación Tributaria (NIT) corresponde a la empresa Salud con Calidad Limitada, una compañía de Santander (departamento del Representante), de la cual Díaz fue gerente como estipula en su hoja de vida: ‘Gerente General de Salud con Calidad IPS’.

Sin embargo, luego de la denuncia de Coronell, la hoja de vida del Representante cambió. “El congresista, a manera de explicación, aseguró que su correo electrónico debía haber sido clonado porque jamás le pidió plata a SaludCoop. No hay prueba alguna de la clonación que él argumenta. Por el contrario, las propiedades electrónicas del documento enviado a Palacino muestran que pasó por un computador de la Cámara de Representantes asignado a la oficina de Holger Díaz”.

Pese a las evidencias, la investigación en la Corte Suprema de Justicia lleva dos años y no ha habido ninguna acción al respecto.

La iniciativa del Representante entró a la Comisión Séptima, pero al poco tiempo empezó a promover una reforma a la salud que comprometía múltiples intereses de SaludCoop y algunas EPS. Luego hizo parte de la Comisión de Conciliación que eliminó el artículo que prohibía a las EPS contratar con sus propias clínicas amparando la integración vertical que permitió que SaludCoop se convirtiera en el lo que ahora es.

La participación del Representante Ote Holguer Díaz, en estos trámites es causal de pérdida de investidura. Sin embargo, no hay un proceso correspondiente en el Consejo de Estado.

Yahir Fernando Acuña Cardales (Afrovides)

Cámara de Representantes 2010-2014

Comisión Segunda de la Cámara de Representantes

Votos: 51160

Tipo: Titular de la curul

Observación: Autor de proyectos sobre control del riesgo.

Ha sido concejal de Sincelejo y diputado de la Asamblea Departamental de Sucre. Renunció a la Asamblea, para lanzarse a la Cámara siendo miembro de Apertura Liberal. Posteriormente anunció su candidatura a la Cámara por Sucre con el aval del PIN, sin embargo, finalmente fue inscrito y resultó elegido por Afrovides.

Gilma Jiménez Gómez (Partido Verde)

Senado 2010-2014

Comisión Séptima del Senado

Votos: 207799

Mayor Votación: Distrito Capital

Tipo: Titular de la curul

Observación: Fallecida el 29 de junio de 2013

Fue autora y vocera del Referendo que busca castigar hasta con prisión perpetua los delitos de lesa humanidad cometidos contra los niños y niñas en Colombia

5. Fuentes de información

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

Tabla de Contenido

Información de contexto.....	3
1. Proyectos de Ley.....	4
1.1 Proyectos de Ley de Reforma a la Salud.....	4
1.2 Proyectos de Ley relacionados con factores de riesgo de cáncer.....	6
2. Legislación y jurisprudencia.....	10
2.1 Legislación relacionada con el control del cáncer.....	10
2.2 Decretos.....	16
2.3 Proyectos de Decreto.....	16
2.4 Fallo del Consejo de Estado.....	17
2.5 Proyecto Resolución.....	17
3. Políticas públicas, planes, programas y proyectos.....	18
3.1 Plan Decenal para el control integral del cáncer 2012-2021.....	18
3.2 Plan Decenal de Salud 2012-2021.....	19
3.3 Retos y avances para la implementación de la política pública de discapacidad.....	20
3.4 Informe anual de la Superintendencia Nacional de Salud.....	20
3.5 Política Pública Distrital de Salud para la población afrodescendiente.....	20
3.6 Políticas Públicas establecidas en el Proyecto de Ley Estatutario que reforma la Salud.....	21
4. Mapa Político.....	21
5. Fuentes de información.....	23



Por el control del cáncer

Instituto Nacional de Cancerología ESE
Grupo Políticas y Movilización Social
PBX +571 5930310 Ext. 4103