



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA ESE
Por el control del cáncer

Boletín

*de seguimiento
legislativo y político*

II Semestre 2013



**INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA ESE**
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
Segundo semestre de 2013
Bogotá D.C., 31 de diciembre 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

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

Primer periodo de la Cuarta Legislatura
(20 de Julio de 2013 - 16 de diciembre de 2013)

Información de contexto

Según el Artículo 138 de la Constitución Política de Colombia, 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.

Cuatrienio 2010 – 2014 Congreso de la República

Inicio legislatura	Fin legislatura
20/07/2010 – 16/12/2010	16/03/2011 – 20/06/2011
Primer periodo	Segundo periodo

Inicio legislatura	Fin legislatura
20/07/2011 – 16/12/2011	16/03/2012 – 20/06/2012
Primer periodo	Segundo periodo

TERCERA LEGISLATURA	
Inicio legislatura	Fin legislatura
20/07/2012 – 16/12/2012	16/03/2013 – 20/06/2013
Primer periodo	Segundo periodo

CUARTA LEGISLATURA	
Inicio legislatura	Fin legislatura
20/07/2013 – 16/12/2013	20/07/2014 – 16/12/2014
Primer periodo	Segundo periodo

Este boletín correspondiente al Primer Periodo de la Cuarta Legislatura, tiene como objetivo aportar elementos que permitan enfrentar la problemática del cáncer y sus factores de riesgo a nivel político, jurídico y social.

1. Proyectos de Ley

Un proyecto de ley es una propuesta de ley que se presenta al legislativo y su proceso está estipulado en la Ley 5ta de 1992: "Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes".

Según el Artículo 139 de la Ley 5ta de 1992, "Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus plenarios", y quienes pueden presentar proyectos de ley según el Artículo 140 son:

- Los miembros del Congreso
- El gobierno a través de los Ministerios.
- La Corte Constitucional
- El Consejo de Estado
- El Consejo Superior de la Judicatura
- El Consejo Nacional Electoral
- El Procurador General de la Nación
- El Controlador General de la República
- El Defensor del Pueblo

Sin embargo y según el Artículo 141, también pueden presentar proyectos de ley, gracias al mecanismo de participación popular:

- Un número de ciudadanos igual o superior al 5% del censo electoral existente en la fecha respectiva.
- Un 30% de los Concejales del país.
- Un 30% de los Diputados del país.

1.1 Control del riesgo

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.

Proyecto de Ley 163/13 C

[Prohíbe exhibición de productos con alcohol]

Por medio del cual se prohíbe la exhibición de productos que contengan alcohol y sus derivados en todos los establecimientos de comercio.

Este proyecto del Representante a la Cámara, Yahir Fernando Acuña (Afrovides), radicado el 26 de noviembre y publicado el 3 de diciembre, prohíbe "la exhibición de productos que contengan alcohol y sus derivados en todos los establecimientos de comercio, ventas al por menor y ambulantes, por ser consideradas una estrategia inconveniente de publicidad, promoción y patrocinio de consumo de esta sustancia. La prohibición no cobija la exposición temporal de los envases de alcohol mientras se expende el producto o se abastece el establecimiento de comercio por parte de su distribuidor".

Según la exposición de motivos del Proyecto de Ley, el Estado debe diseñar estrategias de salud pública encaminadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol, a través de leyes, políticas y programas. Tales estrategias pueden evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo.

Proyecto de Ley 43/13 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.

El proyecto fue radicado el 31 de julio y publicado el 2 de agosto de 2013, por el Representante a la Cámara Yahir Fernando Acuña Cardales (Afrovides), el cual busca prohibir la publicidad en los puntos de venta de los productos del tabaco, ya que las prácticas de promoción en los puntos de venta representan más del 75% de los gastos de comercialización de una tabacalera.

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 películas.

Finalmente el 13 de noviembre fue publicada la Ponencia para el Primer Debate, sin embargo, el 27 del mismo mes el proyecto fue archivado en el debate.

Proyecto de Ley 112/13 S, Comisión Sexta

[Contaminación electromagnética]

Por medio de la cual se dictan lineamientos básicos para prevenir la contaminación electromagnética y se dictan otras disposiciones.

El proyecto fue radicado el 24 de septiembre de 2013 por el Senador Carlos Alberto Baena López del Movimiento

MIRA.

Este tiene como objeto dictar lineamientos básicos dirigidos a:

- Garantizar los derechos a la salud y a un ambiente sano de la población bajo exposición involuntaria a determinados niveles de radiaciones no ionizantes.
- Promover la investigación científica.
- Promover la innovación tecnológica y las acciones correctivas dirigidas a minimizar las intensidades y efectos de campos de radiaciones no ionizantes.
- Adoptar la aplicación del Principio de Precaución y del Principio de Acceso a la Información en materia de radiaciones no ionizantes.
- Fortalecer la participación comunitaria en la materia
- Promover la compatibilidad paisajística en los trazados de instalaciones generadoras de radiaciones no ionizantes.
- Establecer un sistema de seguimiento y control para las mismas.
- Establecer periodos de actualización de la información.

Proyecto de Ley 13/13 S. Comisión Séptima

[Educación en prevención en salud]

Por la cual se promueve la educación para la salud, la promoción de hábitos y comportamientos para la prevención y control de enfermedades de alta prevalencia y se dictan otras disposiciones.

Este proyecto radicado el 20 de julio por los senadores Gloria Stella Diaz, Carlos Alberto Baena y Manuel Antonio Virgüez del Movimiento Político MIRA, tiene por objeto definir lineamientos generales en educación, responsabilidad social empresarial y acciones estatales

para promover hábitos y comportamientos para la prevención y control de enfermedades de alta prevalencia en Colombia.

La iniciativa también insta a las instituciones educativas a la fijación de una semana escolar para la salud y se modifica un artículo de la Ley 1385 de 2009, como una forma de prevenir malos hábitos, para que dentro de la responsabilidad social empresarial de las empresas productoras y comercializadoras de tabaco, se amplíen las imágenes y frases de advertencia que están presentes en los paquetes de productos de tabaco.

Los objetivos de la iniciativa tienen en cuenta que el 30% de los casos de cáncer en Colombia son prevenibles, pero que sin embargo estos van en aumento:

“Los tipos de cáncer más frecuentes para los hombres han sido: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no - Hodgkin; y en mujeres fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano. En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16,9% del total de defunciones. En niños, el cáncer es una enfermedad compleja que no representa más del 3% de los casos nuevos de cáncer, sin embargo, este país continúa presentando altas tasas de mortalidad por los cánceres pediátricos más frecuentes como las leucemias agudas pediátricas, linfomas y tumores de sistema nervioso central”.

Hasta el 26 de noviembre de 2013 fue publicada la Ponencia para el Primer Debate en la cual están como Ponentes: Antonio José Correa Jiménez (PIN), Claudia Janneth Wilches Sarmiento (Partido de la U), Arturo Yepes Alzate (Partido Conservador), Gabriel Ignacio Zapata Correa (Partido Conservador).

Proyecto de Ley 123/12 S. [Cáncer de

Próstata]

Por medio de la cual se declara el Día Nacional contra el Cáncer de Próstata.

Este proyecto del Senador Roy Barreras, tiene como objeto que el 19 de noviembre de cada año se celebre el Día Nacional contra el Cáncer de Próstata.

Según el proyecto, el Estado promueva la mayor información y educación a la comunidad sobre la enfermedad de cáncer de próstata, dirigidas a la concientización de los síntomas, detección en etapas más tempranas y tratamiento de la enfermedad. El Congreso de la República realizará seguimiento a la política pública del Gobierno Nacional en materia de información y educación sobre el cáncer de próstata y promoverá espacios de discusión que permitan crear escenarios de acompañamiento institucional al Estado, en el diseño e implementación de la política pública en salud para el control del cáncer de próstata y en el marco del Plan Nacional para el Control de esta enfermedad.

Durante el primer periodo de la Cuarta Legislatura, fue aprobado el tercer debate y publicada la Ponencia para el cuarto debate, en la cual el Ponente será el Representante a la Cámara Albeiro Vanegas Osorio del Partido de la U.

1.2 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.

Proyecto de Ley 14 S. de 2013 [Vacunación VPH]

Por medio de la cual se aplica la vacunación gratuita y obligatoria contra el virus del papiloma humano

Este proyecto fue radicado el 20 de julio de 2013 por sus autores del MIRA, Gloria Stella Díaz Ortiz, Carlos Alberto Baena y Manuel Antonio Virgüez.

El 19 de noviembre fue aprobado en la Comisión VII el primer debate del proyecto de ley que pretende ampliar la vacunación gratuita y obligatoria contra el VPH. El objeto del mismo es que el Gobierno Nacional garantice la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita y obligatoria a todas las niñas entre 9 y 12 años de edad, escolarizadas o no escolarizadas, sin distinción del estrato social, de la raza, de la ubicación en el territorio nacional o cualquier otra condición.

El proyecto también pretende garantizar la vacunación gratuita, a las mujeres entre los 13 y los 25 años de edad en todo el territorio nacional. Para esto el Gobierno Nacional debe verificar y tomar todas las medidas necesarias para que el esquema de vacunación se realice completamente.

Según el proyecto, el Ministerio de Salud sería el encargado de expedir las medidas técnicas y administrativas para que la vacuna contra el virus del papiloma sea incluida en el Esquema Nacional de Vacunación para garantizar el esquema completo de aplicación de tres dosis profilácticas en forma gratuita y obligatoria a dicha población.

1.3 Reforma a la Salud

Proyecto de ley Ordinaria 210 S. 147 C. de 2013

[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 Ordinario 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”.

El 11 de junio la comisión Séptima del Senado aprobó 35 de los 90 artículos del proyecto de ley ordinario en salud. Los artículos aprobados sin modificaciones y sin proposiciones con relación al texto de la ponencia mayoritaria son: 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 34, 35, 37, 40, 42, 43, 69, 71, 73, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86 y 87.

El miércoles 12 de junio se dio inicio a la votación de los artículos con proposiciones, lo que llevó a que el 13 del mismo mes se aprobara el primer debate en la Comisión Séptima del Senado. Finalmente se decidió que las EPS sobrevivirán pero que serán reformadas y saneadas; 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”.

De los 90 artículos de la ponencia mayoritaria del proyecto de ley ordinario de salud, 61 fueron aprobados sin modificaciones por los integrantes de la comisión Séptima del Senado: 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 34, 35, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86 y 87.

El segundo debate de la reforma a la salud fue aprobado los días 15 y 16 en sesión plenaria del Senado, junto con sus acumulados 233 y 051 S. Un total de 98 artículos fueron aprobados, incluyendo la vigencia y las derogatorias. Como parte del articulado hacen parte temas controvertidos como la integración vertical, el Fondo Salud Mía y el nombramiento de los Gerentes de Hospitales Públicos por parte de los Alcaldes y Gobernadores.

La Integración Vertical fue el tema más debatido por los congresistas, sin embargo fue aprobado y hará que las EPS cuenten con clínicas y hospitales que presten servicios a nivel básico. Así, EPS convertidas en Gestoras seguirán haciendo tareas ambulatorias, consulta externa y especialidades básicas.

El Artículo 38 del proyecto hace referencia a la Integración vertical así:

“Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación de servicios básicos de primer nivel de atención en salud.

Parágrafo 1°. Se prohíbe a los Gestores de Servicios de Salud utilizar los recursos destinados a servicios de salud en inversiones de equipamiento de salud o

infraestructura de salud.

Parágrafo 2°. Los servicios de salud prestados por los Gestores de Servicios de Salud en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de integración vertical, deberán hacerlo en condiciones de no distorsión de mercado, con transparencia en su relación, a tarifas de mercado y abiertos a la atención de usuarios de otros Gestores de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social implementará sistemas de medición que permitan hacer evaluaciones periódicas a los Gestores de Servicios de Salud sobre su gestión en salud y de regulación del mercado.

Parágrafo 3°. La prohibición de integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley”.

Otro de los debates más controvertidos es la politización en el nombramiento de los Gerentes o Directores de los Hospitales por parte de Alcaldes y Gobernadores. El Artículo 81 del proyecto hace referencia explícita al Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas y dice lo siguiente:

“Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente. Los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado a la expedición de la presente ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del periodo, el retiro por evaluación, la renuncia al cargo, o cualquier otra situación administrativa. Una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario”.

Documento aprobado por la Comisión

Séptima del Senado

El documento aprobado hasta el momento consta de 11 capítulos y 98 artículos, distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: Define el objeto de la ley, su ámbito de aplicación. Los objetivos, las características y evaluación del sistema, así como los principios que lo regirán.

Capítulo II: Establece la Salud Pública y Atención Primaria en Salud, la planeación en salud pública y las estrategias de atención primaria en salud e Investigación, innovación y desarrollo de tecnologías.

Capítulo III: Establece la creación de la Unidad de Gestión Salud Mía, como una Entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal.

Capítulo IV: Establece el Plan de Beneficios Individual Mi Plan, que incorpora los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiables con recursos del Sistema y requeridos para la promoción, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

Capítulo V: Establece la atención individual y redes de prestación de servicios de salud.

Capítulo VI: Establece los Gestores de servicios de salud, las cuales son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud y responsables de operar una red de prestadores de servicios de salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi Plan.

Capítulo VII: Hace referencia a la formación y ejercicio del talento humano en salud, la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas, los programas de formación en el área de la salud, a la residencia médica, a los Contratos de práctica formativa para residencia médica, etc.

Capítulo VIII: Hace referencia a la Inspección, vigilancia y control de la Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud, del Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección y la Vigilancia y del Control por parte de las Entidades Territoriales, etc.

Capítulo IX: está relacionado con la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia.

Capítulo X: Establece las disposiciones transitorias.

Capítulo XI: Acerca de las disposiciones finales.

Conceptos/Objeciones Institucionales: Defensoría del Pueblo

En un comunicado, el Defensor del Pueblo, Jorge Armando Otálora Gómez, hizo fuerte reparos al proyecto de ley que reforma la salud y le solicitó a los Congresistas que en los siguientes debates se haga una detallada revisión del articulado a fin de esta garantice los derechos fundamentales de los colombianos. Según el Defensor del Pueblo, la iniciativa mantiene el mismo modelo de aseguramiento propuesto desde la Ley 100 de 1993, sus principios rectores y a los agentes intermediarios como son las gestoras de servicios de salud con funciones similares a las que tienen las actuales EPS.

El Defensor Otálora considera que el proyecto de ley ordinaria, tal como fue aprobado en su último debate

en Plenaria del Senado, introduce un nuevo listado de tecnologías en salud priorizadas, dejando de lado aquellas que no lo son. Esta disposición está incluida en una figura que reemplazará al Plan Obligatorio de Salud (POS) denominada Mi Plan y contradice lo aprobado por el mismo Congreso en el Proyecto de Ley Estatutaria en Salud en el año 2011 y que actualmente se encuentra bajo revisión en la Corte Constitucional. Es importante recordar que el Proyecto de Ley Estatutaria en Salud fue claro al definir una lista explícita de exclusiones, de tal forma que lo demás quedaría implícitamente incluido.

El Defensor del Pueblo también hizo referencia a las autorizaciones, las cuales se mantienen con excepción de las urgencias. Esta figura es una de las mayores barreras de acceso y causal de continuas negaciones de servicios de salud y causante de incontables número de acciones de tutela. Mientras existan autorizaciones, dijo el Defensor Otálora, estas se impondrán como un mecanismo superior a la orden médica, haciendo nula la autonomía proclamada en la Ley Estatutaria. Para que la autonomía realmente exista, la prescripción del médico debería ser la única autorización válida, premisa que se consideró como un logro en la Ley Estatutaria.

Contraloría General de la República (CGR)

La Contraloría emitió un análisis acerca de algunas consideraciones del texto aprobado en Sesión Plenaria del Senado los días 15 y 16 de octubre de 2013 del Proyecto de Ley 201 S. y sus acumulados 233 y 051 S. En cuanto a la reforma como tal, la Contraloría asegura que “el proyecto no aborda ni resuelve los problemas estructurales del sistema de salud, descritos en la sentencia T-760 de 2008, pues ubica su actuar sobre las consecuencias del problema y no sobre sus verdaderos orígenes [...]”.

Por otra parte, el texto aprobado el 15 y 16 de octubre,

según la Contralora, “no garantiza el respeto a la salud como derecho fundamental de los colombianos, como tampoco la protección de los recursos públicos dispuestos para el sector salud y contiene muchas medidas que al final resultan cosméticas y no solucionan la problemática existente. Incluso se deja entrever una estrategia que permite el favorecimiento de algunos actores del sistema que cambian de nombre a través de esta reforma pero no significativamente sus roles actuales, lo que conlleva a la amenaza del acceso a los servicios de salud por parte de los ciudadanos, la violación al derecho de libre escogencia de los usuarios, y además favorece la estructuración de un mercado oligopólico de servicios de salud. Esto se puede comprobar cuando se propone estructurar acciones en la reforma como derogar artículos de la Ley 1438 de 2011 que procuraban garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de atención –que en ocasiones es la única oferta de servicios existente en algunas zonas del país- (artículo 98, “Vigencia y derogatorias”), se permite que exista la integración vertical de servicios de salud por parte de los Gestores de Servicios de Salud en el primer nivel de atención (artículo 38, Integración Vertical), y se permite que estos mismo Gestores sean quien desarrollen los planes territoriales de salud en las regiones (Artículo 7, Planeación en salud Pública), justamente en escenarios como el primer nivel de atención en las que se integran ‘los componentes de intervenciones colectivas y el de intervenciones individuales de salud pública’ [...]”.

Procuraduría General de la Nación (PGN)

El Procurador Alejandro Ordóñez Maldonado, mediante un Comunicado hizo un llamado al Gobierno Nacional para que se garantice el acceso efectivo, con calidad y dignidad, equitativo y oportuno a los servicios de salud.

La Procuraduría señaló algunas objeciones expuestas

por diferentes actores del sistema de salud frente a la reforma, entre las cuales está que ésta fortalece el modelo de aseguramiento individual vigente; que no incluye los elementos estructurales que posibilitan el acceso a la salud como un derecho fundamental; que fragmenta la atención y la limita según a la capacidad de pago del usuario; que no aclara el plan de beneficios frente al actual POS; y que afecta el acceso al sistema de la población más pobre y vulnerable.

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 esta 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

debió sobre los 14 artículos aprobados en Plenaria de Senado y Cámara, ya que ambas Plenarias 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.

2. Normatividad y Jurisprudencia

2.1 Decretos

Decreto 1683 del 2 de agosto de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El decreto tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2 Circulares

Circular 281 del 28 de agosto de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

MinSalud autoriza importación rápida de Metotrexate.

Al activar sus alertas ante el posible desabastecimiento de este medicamento, usado por pacientes con artritis reumatoide o con cáncer, el Gobierno da luz verde a este mecanismo excepcional

El Ministerio de Salud autorizó la importación como vital no disponible del medicamento Metotrexate, para evitar un desabastecimiento de este producto, empleado en el país hace más de 50 años por algunos pacientes con cáncer y por personas que padecen artritis reumatoide. Metotrexate es un medicamento de primera línea, que cuenta con evidencias científicas sobre su seguridad, eficacia y eficiencia. La suspensión del uso del mismo elevaría los costos para el sistema de salud, pues no solo sería remplazado por tecnologías mucho más costosas, sino que podría incrementar los riesgos para la salud de los pacientes.

El Instituto Nacional de Cancerología detectó la baja cantidad de tabletas de 25 mg disponibles en el país, alrededor de 37 mil, que solo alcanzan para cubrir las necesidades de una semana. En Colombia hay un potencial de 6.000 pacientes en el régimen contributivo, aproximadamente el 40% del total de potenciales usuarios del medicamento.

Ante esta alerta, de manera oportuna el Invima estableció que los laboratorios Alpharma y Tecnofarma, titulares de los registros sanitarios de este producto, realizaran los requisitos técnicos para garantizar la disponibilidad del mismo. Sin embargo, la importación convencional de este medicamento tardaría cerca de dos meses.

El desabastecimiento de este medicamento se ha producido a nivel mundial, entre otros en países como Australia y Estados Unidos desde 2010, debido a que por su bajo precio de venta es poco atractivo para su producción y comercialización.

El Ministerio solicitó alvima autorizar la importación de 700 mil unidades del medicamento para garantizar la disponibilidad del medicamento y que los pacientes puedan continuar con el tratamiento.

Según la circular, “Audifarma es una firma que suministra el medicamento a un grupo de EPS, no obstante se comprometió con el Gobierno Nacional a prestar el servicio en todo el país mientras que los dos titulares del registro sanitario realizan la importación convencional. Al respecto, el Instituto Nacional de Cancerología está dispuesto a orientar a las EPS para la provisión y el mejor uso del producto”.

Circular 283 del 28 de agosto de 2013. Ministerio de Salud y Trabajo

Con esta petición, el proyecto de ley regresa a la propuesta inicial del Gobierno de pedirle al Congreso facultades extraordinarias al Presidente para definir el tema por consenso

Mediante una circular conjunta del Ministerios de Salud y de Trabajo se solicitó a los ponentes del Proyecto de Ley de reforma a la salud el retiro del capítulo correspondiente al “Talento Humano en Salud”. En su lugar se propuso el otorgamiento de facultades extraordinarias al Presidente de la República para definir, en consenso con los sindicatos y centrales obreras, un nuevo régimen laboral de los trabajadores del sector.

“Creemos que el tema de formalización de los trabajadores públicos del Sector Salud es muy importante y delicado, por lo que es conveniente darle discusiones muy profundas. Por esa razón es mejor que el proyecto de Ley se concentre en los demás aspectos del Nuevo Modelo de Salud y que las decisiones sobre talento humano en salud las discutamos de manera

independiente al proyecto de ley”, aseguró el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe.

Circular 282 del 29 de agosto de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Región Caribe participa activamente en la socialización del Plan Decenal para el Control del Cáncer

Con el objetivo de brindar las herramientas que promuevan el control del cáncer en la región Caribe, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología socializaron el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021.

“El objetivo principal de esta reunión es presentar en la región Atlántica el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 y brindar las herramientas que promuevan su implementación para alcanzar las metas planteadas para esta región del país”, dijo el Viceministro de Salud y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz Gómez.

Circular 04 del 23 de agosto de 2013. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio nacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social dio a conocer la circular No. 04 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, la cual controla los precios de 189 productos. Del total de medicamentos regulados,

159 corresponden a productos no POS y 30 que están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, con un ahorro superior a los \$300 mil millones anuales, los cuales son empleados por pacientes con cáncer, hemofilia, artritis reumatoidea, trasplantes, esclerosis múltiple y algunas enfermedades huérfanas.

Más de un año tardó el Gobierno Nacional para realizar el análisis a los precios de los medicamentos que se venden en Colombia. En el proceso se referenciaron precios de 17 países, así como los medicamentos de mayor costo dentro del POS.

Comisión Nacional de Precios de Medicamentos del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de circulares estableció la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el país.

Los fármacos que serán regulados son utilizados en el tratamiento de enfermedades como el cáncer, la hemofilia, la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y algunas enfermedades huérfanas.

[Circular 05 de septiembre de 2013. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos](#)

Por la cual se modifica la Circular 04 de 2013

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos expidió la Circular 03 de 2013 mediante la cual estableció la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios, para los medicamentos que se comercialicen en Colombia. Para esto la Comisión expidió la Circular 04 de 2013 mediante la cual se incorporó unos medicamentos al régimen de control directo, fijando su precio máximo de

venta.

Luego de la Publicación de la Circular 04, algunos sectores señalaron que debían realizarse ajustes a los precios máximos de venta de ciertas presentaciones comerciales. La Comisión, sin embargo, solo aceptó hacer modificaciones a la Circular 04 de 2013 en los casos en los que la información no fuera acorde con las decisiones generales, consideraciones y criterios expresados en el documento.

El Artículo 1° de la Circular 05 de 2013 modifica algunos de los precios máximos de venta señalados en la Circular 04 de 2013. El Artículo 2° por su parte, incorpora medicamentos a control directo.

[Circular 310 del 16 de septiembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social](#)

Bajan tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino en Colombia

Colombia ha reportado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix durante los últimos 40 años, pasando de 14 muertes por cada 100.000 mujeres en 1987 por cáncer de cuello uterino a 7,08 muertes por cada 100.000 en la actualidad. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, se cumplió, antes de tiempo, la meta establecida y para 2015 y se espera adelantar el logro establecido de 5,5 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2021.

[Circular 50 del 6 de diciembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social](#)

Portabilidad Nacional – Decreto 1683 de 2013

Según la Ley 1438 de 2011, se debe garantizar que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud accedan a los servicios en todo el territorio nacional. Para esto, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1683 de 2013, el cual estableció las condiciones de operación de la portabilidad, dándole a las EPS un plazo de tres meses el cual venció el 3 de noviembre.

El Ministerio formula a través de la circular, unas instrucciones y precisiones así:

- Aspectos generales
- Solicitud de portabilidad
- Dispersión del núcleo familiar
- Emigración temporal
- Emigración permanente
- Otros aspectos

[Circular 07 del 20 de diciembre de 2013. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos](#)

Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta.

El Gobierno Nacional aplicó la metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos, fijando el precio máximo de 334 medicamentos.

La Circular señala el Subconjunto de medicamentos de mayor participación, los cuales corresponden a “aquellos con participación igual o superior al 10% del mercado relevante”. Así mismo resuelve el No incremento del

precio regulado por intermediación, siendo la Comisión Nacional la encargada de observar el comportamiento de los precios, “con el fin de garantizar que las reducciones se trasladen al consumidor final”.

Por otra parte y según el Artículo 6, las IPS podrán incrementar el precio regulado, con la idea de reconocer el valor que estas agregan a la cadena de distribución de los medicamentos. Las IPS podrán incrementar los precios así:

- “Para los medicamentos con valor menor o igual a \$430.000, podrán adicionar un porcentaje hasta del 7%”.
- Para los medicamentos con valor mayor a \$430.000, podrán adicionar un valor fijo hasta de \$30.000 pesos por prestación comercial”.

Finalmente, siguiendo con lo establecido en el Artículo 132 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia de Industria y Comercio sancionará las infracciones al régimen de control de precios que hagan parte del control directo expuestos en la Circular.

2.3 Resoluciones

[Resolución 059 del 25 de octubre de 2013. 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 – Empresa Social del Estado.

El Departamento Nacional de Planeación, mediante oficio número 20134320006646, emitió concepto favorable sobre la adición al presupuesto de gastos de inversión del Instituto Nacional de Cancerología por valor de \$1.132 millones. Por su parte, el Secretario de la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología certifica que el 27 de septiembre de 2013, se autorizó la adición al Presupuesto de Ingresos y Gastos del INC, para la vigencia 2013 por un valor de \$1.132 millones.

A su vez, la Coordinadora del Grupo de Presupuesto del Instituto Nacional de Cancerología, certificó que los recursos provienen de dos convenios interadministrativos suscritos con el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales se encuentran libres de afectación presupuestal.

Resolución 5073 del 28 de noviembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Por medio de la cual se unifica el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud, a cargo del respectivo ente territorial y se dictan otras disposiciones.

La Resolución tiene por objeto “establecer el procedimiento que deberán seguir las EPS-S para el recobro a la entidad territorial respectiva, por concepto de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios y suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud, por autorización del Comité Técnico-Científico (CTC) o por órdenes de fallos de tutela”.

A su vez, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado deben garantizar el acceso efectivo a las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios,

autorizadas por los Comités Técnico-Científicos (CTC) o por fallos de tutela.

Resolución 4914 de 2013

Por la cual se establecen los requisitos para el giro por parte de la Nación de los recursos asignados mediante la Resolución 4362 de 2012¹, a las Empresas Sociales del Estado que se les levantó la medida de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones

La Resolución establece los requisitos para el giro por parte de la Nación, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y específicamente de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de los recursos asignados mediante la Resolución 4362 de 2012, a las Empresas Sociales del Estado a las que se les levantó la medida de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Resolución 5185 del 4 de diciembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual

El Ministerio de Salud fijó los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual, conforme al artículo 76 de la Ley 1438 de 2011. El estatuto regirá la actividad de la ESE en el sistema de

¹ La Resolución 4362 de 2012 asignó recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, a ocho Empresas Sociales del Estado que fueron intervenidas para administrar y a una Empresa Social del Estado del orden territorial que será liquidada.

compras y contratación.

Según el numeral 6 del artículo 194 de la Ley 100 de 1993, el régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado es privado. Sin embargo, según el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, “todas las Empresas Sociales del Estado deben aplicar los principios de la función administrativa y la sostenibilidad fiscal, el régimen de inhabilidades e incompatibilidades y sujetarse a los lineamientos fijados en la presente resolución.

La actividad contractual de las Empresas Sociales del Estado buscará el cumplimiento de los objetivos institucionales y la continua y eficiente prestación de los servicios de salud a su cargo”.

El Artículo 8° de la Resolución hace referencia al Proceso de contratación, como el conjunto de actos y actividades el cual debe ser comprendido en cinco fases: Planeación, selección, contratación, ejecución, liquidación y obligaciones posteriores. Tales fases “deberán desarrollarse en el estatuto de contratación que expidan las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta lo definido en la presente resolución”.

2.4 Proyecto Resolución

Proyecto Resolución 5307 del 17 de septiembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Por medio de la cual se establece el reglamento técnico sobre la lista positiva de aditivos permitidos que se fabriquen procesen, envasen, almacenen transporten, expendan, importen, comercialicen y se utilicen en alimentos y bebidas alcohólicas.

Este proyecto resolución tiene por objeto “establecer

el reglamento técnico a través del cual se establecen la lista positiva de aditivos permitidos que se fabriquen, procesen, envasen, almacenen transporten, expendan, importen, comercialicen y se utilicen en el territorio nacional, así como las dosis máximas permitidas y los alimentos y bebidas alcohólicas en que pueden ser utilizados. Las disposiciones contenidas en el presente reglamento técnico se aplican a: a) Los alimentos y bebidas alcohólicas, que se comercialicen en todo el territorio nacional. b) Todas las personas naturales o jurídicas que desarrollen actividades de fabricación, importación, comercialización, distribución y expendio de alimentos y bebidas alcohólicas, destinados al consumo humano. c) Las actividades de inspección, vigilancia y control que ejercen las autoridades sanitarias sobre la fabricación, importación, comercialización, distribución y expendio de alimentos y bebidas alcohólicas (...).”

2.5 Sentencias

Consejo de Estado CE-SEC3-EXP2013-N30283 (01343-01) ARD- 2013/08/29

El Consejo de Estado, en el marco del XIX Encuentro de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, advirtió que los centros hospitalarios deben responder por las infecciones que los pacientes contraen en las instituciones de salud y que ponen en riesgo su vida.

La Sección Tercera, con ponencia del magistrado Danilo Rojas Betancourth, señaló que si bien las infecciones pueden llegar a ser irresistibles, no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica, lo cual las hace prevenibles y controlables. El Alto Tribunal consideró que las infecciones hospitalarias no pueden ser calificadas como casos fortuitos porque no son ajenas a la prestación del servicio público de salud.

Para la Sala, la meningitis fue causada por la bacteria *klebsiellaneumoniae* multiresistente, que es de carácter intrahospitalario, la cual le ocasionó al menor daño cerebral y alteró de forma grave su desarrollo psicomotriz.

“Está en manos de las entidades hospitalarias adoptar todas las medidas establecidas en los protocolos diseñados por las autoridades competentes a efectos de reducir los riesgos que comporta para los pacientes, en especial para aquellos que resultan más vulnerables como los niños, las personas de la tercera edad y quienes padecen de enfermedades crónicas, el uso de cierto instrumental médico, la permanencia prolongada en los establecimientos hospitalarios y el contacto directo o indirecto con otros pacientes infectados”, indica la sentencia.

2.6 Comunicados

Comunicado 331 del 26 de septiembre de 2013. Tribunal Administrativo de Cundinamarca

Tribunal Administrativo de Cundinamarca confirma legalidad de actuaciones de Min Salud sobre control de tabaco.

El 26 de septiembre de 2013, el Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca confirmó la legalidad de las actuaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el proceso de evaluación del etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco y sus derivados, de los productos presentados por la compañía British American Tobacco Colombia BAT- para el periodo 2011-2012, ante el retiro de frases promocionales y publicitarias presentes en las referencias de los cigarrillos Montana, Belmont, Kent y Kool.

El Ministerio de Salud, en concordancia con la normativa sobre el control de tabaco, ha pedido a las empresas productoras, importadoras y comercializadoras que retiren cualquier tipo de publicidad y promoción.

El Tribunal expuso entre otras cosas lo siguiente:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para realizar la evaluación integral de la cajetilla de cigarrillo. Las facultades de este Ministerio no se limitan a las advertencias y a los pictogramas. Se trata del “ejercicio de un control integral sobre la información que contiene el producto teniendo en cuenta que el empaque es un conjunto armónico de elementos [...]”.
2. No hay censura ni expropiación sin indemnización, ya que la promoción del tabaco está prohibida y avalada por la Corte Constitucional en la sentencia C-830 de 2010.
3. La evaluación del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados se hace anualmente e implica una nueva revisión sobre el total de la cajetilla.

Comunicado del 27 de octubre de 2013. Secretaría de Salud de Bogotá

En el 2012 se notificaron 449 muertes por cáncer de mama porque las personas no reclaman el resultado

Este comunicado asegura que el objetivo de la Secretaría de Salud es que las mujeres se realicen el autoexamen, el examen clínico de mama y la mamografía como parte del tamizaje en la detección temprana del cáncer de mama.

Por otra parte, en el marco de la implementación de las

Guías de Detección Temprana de Cáncer de Mama en el Distrito, se inició un ciclo de capacitación a médicos especialistas (ginecólogos-radiólogos) de la Red Pública en “Estandarización del reporte de mamografía y sistema”, en el marco del Convenio de asistencia técnica entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología. En este proceso se ha logrado capacitar a 34 médicos ginecólogos y 3 médicos radiólogos pertenecientes a la Red Pública.

Actualmente los hospitales de la Red Pública fortalecen la promoción en detección temprana del cáncer de mama mediante educación y sensibilización en:

- Derechos sexuales y reproductivos
- Orientación sobre pruebas diagnósticas y de tamizaje.
- Promoción del autoexamen como medida de auto-reconocimiento, no como prueba de tamizaje, el Examen Clínico de Mama (ECM) realizado por profesionales de la salud, la Mamografía de tamizaje y la responsabilidad de la familia y del compañero como apoyo en el proceso.
- Orientación sobre el auto cuidado y el autoestima

La prevención del cáncer de mama se basa en un diagnóstico temprano, por eso deben tenerse en cuenta tres aliados: Autoexamen, Examen Clínico de Mama y Mamografía.

Los factores de riesgo son:

- El riesgo de desarrollar cáncer de mama se incrementa con el paso del tiempo.
- El riesgo incrementa considerablemente si algún familiar en primer grado de consanguinidad (madre-hermana) ha desarrollado la enfermedad antes de los 50 años.
- Ser madre después de los 30 incrementa un 20% el riesgo de cáncer de mama.
- El uso de anticonceptivos hormonales desde

temprana edad o muy prolongado en el tiempo, aumenta entre un 20 y 60% el riesgo.

- El consumo diario de alcohol
- El sobrepeso y la obesidad
- El consumo de grasas
- Tabaquismo

Comunicado 442 del 9 de diciembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Colombia impulsará el debate hemisférico sobre el problema mundial de las drogas.

Del 11 al 13 de diciembre, en Bogotá se celebró el 54º Período de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA. Colombia asumió por un año la Presidencia de la Comisión Interamericana, lo que le permitirá seguir impulsando el debate, con la idea de alcanzar una mayor eficacia para enfrentar el problema mundial de las drogas.

Comunicado 541 del 18 de diciembre de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social

Nuevo POS incluirá tecnologías para el cáncer enfermedades neurológicas, depresión, artritis reumatoidea y enfermedades respiratorias.

El Ministerio de Salud y Protección Social gracias a la investigación realizada con el Instituto de Estudios de Tecnologías en Salud (IETS), anunció la inclusión de nuevas tecnologías en el Plan Obligatorio de Salud, con 40 nuevas opciones de tratamiento para el cáncer, enfermedades neurológicas, depresión, artritis reumatoidea y enfermedades respiratorias, etc. Para

cáncer se incluirán tecnologías que reduzcan la incidencia del cáncer de mama, gástrico, próstata y colon rectal, principales causas de mortalidad por esta enfermedad en Colombia.

La radioterapia de precisión y la protastectomía por laparoscopia, son una de las nuevas tecnologías. La radioterapia es un método de alta precisión para tratar el cáncer gástrico sin irradiar el tejido sano. La protastectomía es un procedimiento menos invasivo para la extracción de la próstata y permite una recuperación más rápida del paciente.

3. Políticas públicas, planes, programas y proyectos

Las políticas públicas son un conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan su manejo o solución. El conjunto de iniciativas, decisiones y acciones está conformado por uno o varios objetivos, con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.

Propuestas desde la academia para el seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

El Programa Así Vamos en Salud, la Facultad de Medicina y la Universidad de los Andes realizaron el martes 24 de septiembre el panel “Propuestas desde la Academia para el seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública” con el objetivo de formular propuestas de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En general las propuestas estuvieron encaminadas a: La necesidad de mejorar la capacidad analítica, preparar el recurso humano, disponer de instrumentos estandarizados, integrar dinámicas de participación social y sensibilizar a la academia.

Tecnologías en evaluación para inclusión en el nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS).

Hay 70 tecnologías en salud que hacen parte del estudio que realizan el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y Ministerio de Salud y Protección Social para ser incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Los fármacos que serán regulados son utilizados, en el tratamiento de enfermedades como el cáncer (cáncer de colon, cáncer próstata, cáncer de mama metastásico, cáncer gástrico), la artritis, la epilepsia, la esclerosis, asma, Alzheimer, etc.

4. Mapa político

4.1 Congreso de la República

El Congreso de la República de Colombia está conformado por un sistema bicameral; Senado y Cámara de Representantes. El Senado cuenta con 102 miembros y la Cámara de Representantes con 165². Cada una de las Cámaras cuenta con siete comisiones que abordan diversos temas de interés para las dinámicas legislativas, políticas y sociales del Estado. Los Congresistas son elegidos directamente cada cuatro años, con posibilidad de reelección. Cada periodo está compuesto por cuatro

² A diferencia del cuatrienio anterior, este Congreso tiene una curul especial menos: la reservada a las minorías políticas. Ninguno de los partidos en contienda cumplió las tres condiciones establecidas por la Ley 649 de 2001 para ganar este asiento en la Cámara: a) Que hubiesen presentado candidatos a la Cámara de Representantes como mínimo en un 30% de las circunscripciones territoriales; b) Que no hubiesen obtenido representantes en el Congreso Nacional, y c) Que su votación mayoritaria en un mismo departamento o circunscripción territorial sea menos del 70% de la sumatoria de su votación en todo el país.

legislaturas, que miden la actividad del Congreso.

A partir de la Constitución Política de 1991, el Senado se compone de cien miembros elegidos en circunscripción nacional, junto con dos escaños de circunscripción de comunidades indígenas. La elección de los Representantes corresponde a una circunscripción departamental, a excepción de Bogotá, en donde se lleva a cabo una circunscripción distrital y escaños adicionales para comunidades indígenas, afrocolombianas, colombianos en el exterior y minorías políticas.

Para el Primer Periodo de la Cuarta Legislatura los Presidentes década una de las Cámaras son Juan Fernando Cristo del Senado y Hernán Penagos de la Cámara de Representantes.

4.1.1 Presidente del Senado

Juan Fernando Cristo Bustos (Partido Liberal)
Abogado de la Universidad de los Andes
Senado 2010 2014

Comisión Primera de Senado. Esta Comisión trata temas referentes a la reforma constitucional, leyes estatutarias, organización territorial, reglamentos de los organismos de control, normas de contratación administrativa, notariados y registro, estructura y organización de la administración nacional y central, y asuntos étnicos.

Votos: 42717

Mayor Votación: Norte de Santander

Tipo: Titular de la curul

Autoría de Proyectos de Ley: 83

Ponente de 150 Proyectos de Ley

Observación: El Senador Cristo ya no presenta investigación en su contra por supuestos nexos con grupos armados ilegales. El 20 de marzo de 2013, la

Corte Suprema de Justicia archivó la indagación que había abierto contra él el 16 de octubre de 2012, al considerar que no existen pruebas suficientes para abrir un proceso formal.

4.1.2 Presidente de la Cámara de Representantes

Hernán Penagos Giraldo (Partido de Unidad Nacional, Partido de la U)

Abogado con especialización en Derecho Administrativo de la Universidad de Caldas y en Servicios Públicos Domiciliarios de la Universidad Externado.

Cámara de Representantes 2010 2014

Comisión Segunda de la Cámara de Representantes.

Esta Comisión trata temas relacionados con política internacional, defensa nacional y fuerza pública, carrera diplomática y consular, comercio exterior, servicio militar, y zonas francas y de libre comercio.

Votos: 26607

Mayor Votación: Caldas

Tipo: Titular de la curul

Autoría de Proyectos de Ley: 23

Ponente de 24 Proyectos de Ley

4.1.3 Comisiones Constitucionales

Séptimas

La Comisión Séptima Constitucional trata los asuntos correspondientes a: Salud; Estatuto del Servidor Público y Trabajador Particular, Régimen salarial y prestacional del servidor público; Organizaciones Sindicales; Sociedades de auxilio mutuo; Seguridad Social; Cajas de Previsión Social; Fondos de prestaciones; Carrera Administrativa; Servicio Civil; Recreación; Deportes; Organizaciones

Comunitarias; Vivienda; Economía Solidaria; Asuntos de la Mujer y la Familia.

Comisión Séptima del Senado de la República

Mesa Directiva

Presidente: Guillermo Antonio Santos (Partido Liberal)

Vicepresidente: Gloria Inés Ramírez (Polo Democrático),

Secretario: Jesús María España Vergara

Senadores que integran la Comisión Séptima

- Jorge Eliecer Ballesteros Bernier (Partido de Unidad Nacional)
- Germán Bernardo Carlosama López (Movimiento Autoridades Indígenas)
- Antonio José Correa Jiménez (Partido de Integración Nacional)
- Edison Delgado Ruíz (Partido Liberal)
- Teresita García Romero (Partido de Integración Nacional)
- Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Polo Democrático Alternativo)
- Gloria Inés Ramírez Ríos (Polo Democrático Alternativo)
- Liliana María Rendón Roldán (Partido Conservador)
- Rodrigo Romero Hernández (Partido Verde)
- Astrid Sánchez Montes de Oca (Partido de Unidad Nacional)
- Guillermo Antonio Santos Marín (Partido Liberal)
- Claudia Janneth Wilches Sarmiento (Partido de Unidad Nacional)
- Gabriel Ignacio Zapata Correa (Partido Conservador)
- Comisión Séptima Cámara de Representantes

Mesa Directiva:

Presidente: Pablo Aristóbulo Sierra León (Partido de la U)

Vicepresidente: Lina María Barrera Rueda (Partido Conservador)

Secretario: Rigo Armando Rosero Alvear

5. Información especial: Tabaco e impuestos

Por: Juan José Pérez

Subdirector Administrativo y Financiero -

Instituto Nacional de Cancerología ESE

En los países en vías de desarrollo aún hay insuficiente conocimiento y conciencia respecto de los peligros del tabaco, lo cual ha retrasado la adopción de medidas de control. (1). Sin embargo en años recientes, y en parte debido al impulso fundamental del convenio marco para el control del tabaco, los países en vías de desarrollo paulatinamente han comenzado a generar planes de intervención, con impactos favorables en términos de salud, y a nivel social y económico. (2).

Dentro de las medidas para controlar la demanda, la intervención que ha mostrado ser más costo efectiva es la de precios e impuestos. En los países en desarrollo, se ha evidenciado una mejor respuesta al incremento del precio del cigarrillo, en comparación con los países desarrollados (la respuesta favorable es el doble). En términos sencillos por cada incremento del 10% en el precio, la demanda se reducirá en promedio en un 8%, lo cual es muy relevante en términos de salud pública. Es claro que un incremento superior, puede determinar un impacto mayor.

La intervención de precios e impuestos tiene este nivel de impacto porque afecta directamente la cadena del tabaco, generando menos iniciación de fumadores,

reducción del consumo e incluso cesación. Un elemento muy importante es que los jóvenes responden mucho mejor que los mayores al incremento en los precios. Es decir, en jóvenes se reduce más el consumo y la demanda. (3) (4) (5). Los estudios muestran la efectividad de la política de precios en evitar que nuevos jóvenes fumen, en cesación y en el paso de experimentadores a adictos. (3) (6) (7).

En el caso de los impuestos ha habido una preocupación de los gobiernos, respecto de si éstos generan desempleo o disminución de los ingresos estatales. Los estudios realizados evidencian que no se presentará una pérdida neta de empleo, sino una redistribución. (8) Así mismo, en cuanto a ingresos puede observarse una disminución inicial, pero se compensa en el largo plazo (9).

En países de altos ingresos la fracción correspondiente a impuestos del valor total de cigarrillos es cercana al 75%, cifra que se considera adecuada para el control del tabaquismo, mientras que en la mayoría de países de ingresos bajos y medios, el porcentaje es bastante inferior 25-50%. (10). En el caso de Colombia hay un margen importante incremento, dado que el componente impositivo sólo alcanza el 50%. Por otra parte, toda intervención de precios debe ir acompañada de un programa que mitigue el impacto en cultivadores y que controle el riesgo de incremento en contrabando. (11)

En resumen, una política de precios e impuestos reduce la prevalencia (en un año se pueden reducir en 92.000 el número de jóvenes fumadores), reduce el número de cigarrillos consumidos, reduce el gasto sanitario en el mediano y largo plazo, y genera reducción de los impactos ambientales por el cigarrillo.

Aunque la intervención de precios e impuestos presenta la mayor evidencia de efectividad, la Organización

Mundial de la Salud ha planteado la necesidad de que cada país defina un plan de adopción paulatina de medidas de acuerdo con su análisis específico. (12). Las intervenciones de ambientes libres de humo, prohibición de publicidad, promoción y patrocinio y empaquetado y etiquetado representan también alternativas efectivas. (8) (13) (3).

Adicionalmente es importante anotar que se puede presentar un efecto aditivo con la implantación en paralelo de dos o más intervenciones. (8). Los países de ingresos bajos y medios tienen una oportunidad importante con la implementación de política de precios e impuestos al tabaco. (13). Si bien, la intervención de precios e impuestos, requiere un trámite legislativo complejo y estará enfrentado a las acciones de la industria tabacalera, hoy son claros y evidentes los beneficios de la adopción de esta estrategia.

Referencias

1. Jha P MPCFYA. The economic rationale for intervention in the tobacco market. Oxford.; 2000.
2. Donald H TJVHSHJTMSF. Benefits of smoking cessation for longevity. Am. J. Public. Health. 2002;(92): p. 990-6.
3. Boyle P GNHJSJZW. Tobacco and Public Health: Science and Policy Oxford: Oxford University Press; 2004.
4. Gruber J. Youth smoking in US: Prices and policies. Working Paper 7507. Cambridge.: National Bureau of Economic Research.; 2000.
5. Ross H CF. The effect of public policies and prices on youth smoking. Research paper 8. Chicago: University of Illinois; 2001.
6. Ross H CFWM. Youth smoking uptake progress: Price and policy effects. Research paper 11. Chicago.: University of Illinois; 2002.
7. Tauras J JLOP. An analysis of teenage smoking

- initiation: The effects of government intervention. Workin paper 8331. NBER; 2001.
8. Chaloupka F PJA. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control: The World Bank. 2000.
 9. International Agency for Research on Cancer. Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Geneva, Switzerland: IARC; 2011.
 10. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. Geneva, Switzerland; 2010.
 11. Ministerio de Salud y Protección Social, CMTC y OPS. Reporte final Evaluación de Necesidades para la implementación del Convenio Marco de la OMS par el Control del Tabaco en Colombia. Bogotá; 2013.
 12. World Health Organization. WHO Framework Convention in Tobacco Control Geneva: WHO Press; 2003.
 13. Beaglehole R EJJVCMESKMea. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. The Lancet. 2008 Septiembre; 372(9642): p. 940-949.
 14. Abedian I VdMWaJP. The economics of tobacco control: Towards an optimal policy mix. Cape Town: University of Capet Town; 1998.
 15. Warren CW JNPACJBSea. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2008; 57(1): p. 1-28.
 16. Chaloupka F HTWKJRaYA. The taxation of tobacco products. Oxford.: Oxford University; 2000.
 17. Prabhat Jha JdByPH. Finanzas y Desarrollo. [Online].; 1999 [cited 2013 Octubre 23. Available from: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/1999/12/pdf/jha.pdf>.
 18. Chaloupka F WK. The economics of smoking. In Newhouse. JCaJP. Handbook of Health Economics. Amsterdam.

6. Fuentes de Información

- Presidencia de la República de Colombia. [En línea] [Citado: Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co>
- Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia Empresa Industrial y Comercial del Estado. [En línea] [Citado: Diciembre 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: Diciembre 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: Diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. [En línea] [Citado: Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad>
- Corte Constitucional de Colombia. [En línea] [Citado: Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co>
- Secretaría Distrital de Salud. En línea] [Citado: Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co>
- Congreso Visible -CV-. CongresoVisible.org. [En línea] Departamento de Ciencia Política de la Universidad de los Andes, 1998. [Citado: Diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.congresovisible.org>
- Artículo 20. [En Línea] [Citado: Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.articulo20.com.co>