



Informe Segundo semestre 2012

Bogotá D.C., 21 de diciembre de 2012



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General

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

Diana Esperanza Rivera Rodríguez
Coordinadora Grupo Políticas y Movilización Social

Equipo Editorial
Diana Esperanza Rivera Rodríguez
Carolina Serrano Duque
Alejandro Niño Bogoya

Compilación y análisis de la Información
Carolina Serrano Duque

Edición y diagramación
Alejandro Niño Bogoya

El boletín de seguimiento legislativo y político
hace parte del Sistema de Vigilancia de Medios de
Comunicación, Políticas y Legislación del cáncer y
sus factores de riesgo.

Todos los derechos reservados
Bogotá Colombia
2012

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Imprenta Nacional de Colombia. Gaceta del Congreso. [En línea] [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://www.imprenta.gov.co>
- Cámara de Representantes de Colombia. Congreso de la República de Colombia, Cámara de Representantes. [En línea] [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://camara.gov.co>
- Congreso Visible -CV-. CongresoVisible.org. [En línea] Departamento de Ciencia Política de la Universidad de los Andes, 1998. [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://www.congresovisible.org>.
- Senado de la República. Congreso de la República de Colombia, Senado de la República. [En línea] [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>
- Presidencia de la República de Colombia. [En línea] [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. [En línea] [Citado: Diciembre de 2012.] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co>.

Primera Parte de la Tercera Legislatura (20 de Julio de 2012 - 20 de Junio de 2013)

Este boletín presenta el contexto político y normativo para el control del cáncer, del primer semestre de la Tercera Legislatura, la cual inició el 20 de julio de 2012 y terminará el 20 de junio de 2013.

La tercera legislatura, está dividida en dos periodos, el primero que va del 20 de julio al 16 de diciembre de 2012 y el segundo que va del 16 de marzo al 20 de junio de 2013.

Este último boletín del año 2012, pretende aportar elementos que permitan enfrentar la problemática de esta enfermedad a nivel político y social.

1. ACTUALIDAD LEGISLATIVA

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”.

El Capítulo VI de la Ley 5ta describe el Proceso Legislativo Ordinario, junto con la Iniciativa Legislativa. Mientras su Artículo 139 afirma que “Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus plenarias”, el Artículo 140 habla de quienes pueden presentar proyectos de ley:

- 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

Al mismo tiempo y según el Artículo 141, también pueden presentar proyectos de ley, gracias al mecanismo de participación popular los siguientes:

- 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 ACTUALES PROYECTOS DE LEY EN CÁNCER Y ENFERMEDADES TERMINALES

Proyecto de ley 28/11 C. 260/12 S.
[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 la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.

El presente proyecto de ley se originó en la Cámara de Representantes y fue presentado por el Representante Luis Enrique Salas Moisés ante la Comisión Séptima. Se designaron como ponentes para primer debate a los Representantes Rafael Romero Piñeros, José Bernardo Flórez Asprilla, Armando Antonio Zabarain 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.

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

Antecedentes normativos y justificación del proyecto

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

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

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos Nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Las cifras de morbilidad 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 setecientos 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 consagró 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.

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, radicado el 26 de septiembre de 2012, por el Senador Roy Barreras Montealegre (Partido Social de la Unidad Nacional), tiene como objeto que 19 de noviembre de cada año se celebre el Día Nacional contra el Cáncer de Próstata.

El proyecto pretende que el Estado promueva la mayor información y educación a los colombianos sobre el cáncer de próstata, dirigidas a la concientización de los síntomas, detección temprana y tratamiento de la enfermedad. Al mismo tiempo, según el proyecto, el Congreso de la República debe realizar seguimiento a la política pública del Gobierno Nacional en materia de información y educación sobre el cáncer de próstata, y promover 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.

La publicación del primer debate de éste proyecto salió el pasado 2 de noviembre de 2012, debate en la que el Senador Roy Barreras será el ponente.

Proyecto de ley 64/11 C. 251/12 S. [Pacientes terminales, Muerte digna]

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.

El 13 de noviembre fue aprobado en la comisión VII del Senado el tercer debate de este proyecto de ley 64/11, del Representante a la Cámara Rafael Romero Piñeros (Partido Liberal Colombiano).

Este proyecto de ley tiene su origen en la Cámara de Representantes y fue presentado el 18 de agosto de 2011, publicado en la Gaceta del Congreso número 611 de 2011, tiene por objeto la creación del procedimiento que garantiza a cualquier persona el derecho a expresar de manera anticipada y por escrito su voluntad, en el sentido de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente, frente a enfermedades en fase terminal debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante.

Los ponentes del primer y segundo debate fueron los Representantes Marta Cecilia Ramírez Orrego y Hólger Horacio Díaz Hernández, presentando ponencia positiva con pliego de modificaciones el día 6 de diciembre de 2011 según Gaceta del Congreso número 950 de 2011, el cual fue aprobado en su integridad y sin modificaciones el día 8 de mayo en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

El informe de ponencia Positiva para segundo debate, publicado en la Gaceta del Congreso número 327 de 2012, fue aprobado en Sesión Plenaria de la Cámara de Representantes el 19 de junio de 2012, con modificaciones del Proyecto en la Gaceta del Congreso 392/12. El 18 de septiembre de 2012, fue publicada la ponencia para el tercer debate en

la Gaceta del Congreso 669/12. Para este debate fueron designados como ponentes los Senadores de la Comisión VII: Germán Bernardo Carlosama López (Autoridades Indígenas de Colombia AICO), Antonio José Correa Jiménez (PIN), Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Polo Democrático Alternativo), Liliana María Rendón Roldán (Partido Conservador), Guillermo Antonio Santos Marín (Partido Liberal), Claudia Janneth Wilches Sarmiento (Partido Social de Unidad Nacional). El tercer debate fue aprobado el 13 de noviembre de 2012, publicado en la Gaceta 846/12.

Proyecto de Ley 196/12 S. (Presidentes con enfermedades terminales)

Por la cual se dictan normas acerca de la incapacidad por motivos de salud del Presidente de la República, el Vicepresidente, los Ministros, los Directores de Departamentos Administrativos, los Gobernadores, los Alcaldes y la Cúpula de las Fuerzas Armadas. [Presidentes con enfermedades terminales].

Este proyecto de ley fue presentado por el Senador Juan Lozano, el 27 de marzo de 2012. En primer debate en la Comisión Séptima de Senado con ponencia positiva se obtuvo su aprobación con ocho votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de catorce Senadores integrantes de la Comisión, la relación completa del primer debate está en el Acta número 25 del 30 de mayo de 2012.

El segundo debate se llevó a cabo en plenaria de Senado el 13 de junio de 2012, el cual fue aprobado, siendo ponente el Senador Antonio José Correa Jiménez. El debate se encuentra en las Actas 054 y 055 y el texto definitivo fue publicado en la Gaceta del Congreso número 329/12.

La publicación del tercer debate fue el 12 de septiembre de 2012 y los ponentes designados son los Representantes Armando Antonio Zabarain, Gloria Stella Díaz Ortiz y Víctor Raúl Yepes Flórez.

Este proyecto determina que el

Presidente de la República, el Vicepresidente, los Ministros, la cúpula de las Fuerzas Armadas, los directores de departamentos administrativos, gobernadores y alcaldes, deberán someterse a un examen médico una vez al año, que se llevará a cabo por un médico de la EPS a la que estén afiliados. Para esto, el médico deberá presentar un informe público en caso de evidenciar la existencia de enfermedades neurodegenerativas, desórdenes cognitivos, trastornos mentales o impedimentos físicos severos que les impidan cumplir sus funciones a cabalidad.

El Senado de la República deberá reunirse para estudiar el informe del estado de salud del Presidente y del Vicepresidente y decidir sobre la procedencia de la declaratoria de falta absoluta por incapacidad física permanente o falta temporal por enfermedad. En el caso de los ministros, la cúpula de las Fuerzas Militares, los directores de departamentos administrativos, gobernadores y alcaldes, será el Presidente el encargado de estudiar el informe y decidir la remoción del cargo.

Es importante resaltar que el punto más complicado del proyecto es el tema del secreto profesional. La Corte Constitucional ha dicho que el legislador no está impedido para regular esta materia, según la Sentencia C-264 de 1996, que declara exequible la frase demandada del artículo 37 de la Ley 23 de 1981, “salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”, que hace referencia a las excepciones del secreto médico.

1.2 PROYECTO DE LEY SOBRE RECURSOS A LA SALUD Y SALUD EN GENERAL

Proyecto de ley 119/12 S. 135/12 C. [Recursos del sector salud]

Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

Dos iniciativas legislativas se tramitaron con mensaje de urgencia del Gobierno

Nacional, en sesiones conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, a los ponentes para Primer Debate, los Senadores Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gloria Inés Ramírez Ríos, Gabriel Ignacio Zapata Correa y Guillermo Antonio Santos Marín; y los Representantes Rafael Romero Piñeros, Gloria Stella Díaz, Ortiz, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Holger Horacio Díaz Hernández y Elías Raad Hernández.

Por un lado, se encuentra el proyecto 135/12 C., del Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, radicado ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes, el 14 de septiembre de 2012 y publicado en la Gaceta del Congreso número 622 de 2012. Por otro lado, el Proyecto de ley 106 de 2012, del Senador Antonio José Correa, Por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones, radicado ante la Secretaría General del Senado, el 30 de agosto de 2012 y publicada en la Gaceta del Congreso número 565 de 2012. Este último proyecto fue acumulado en el proyecto 119/12 S. 135/12 C., el 24 de octubre del presente año.

El Proyecto cuenta con cinco artículos, referentes al saneamiento fiscal y financiero del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como con las medidas que permitan mejorar la liquidez del sector, especialmente a través del uso de los recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras por concepto de régimen subsidiado, aportes patronales y rentas cedidas.

El proyecto 135 pretende sanear deudas con los hospitales del país, definiendo medidas para mejorar la liquidez del sector salud, a través del uso de recursos correspondientes a saldos o excedentes de cuentas maestras y aportes patronales y, mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales, según el artículo 275 de la Ley 1450 de

2011. El proyecto contempla liberar alrededor de \$1.8 billones de pesos que los municipios tienen retenidos en las cuentas maestras, para así pagar la cartera pendiente con los hospitales del país. En el caso de Bogotá por ejemplo, \$750.000 millones de pesos se podrán usar para pagarle a los hospitales las deudas por prestación de servicios.

Al mismo tiempo, el proyecto de ley busca que el Estado le compre la cartera a las IPS y posteriormente le haga el cobro a las EPS, mediante un tiempo determinado. Se ha dicho que el proyecto pretende favorecer a las EPS, por lo cual el Ministro aseguró lo siguiente: “nosotros no estamos intentando un salvamento financiero de las EPS, simplemente esta Ley lo que pretende es buscar recursos para salvar los hospitales públicos”.

El Proyecto de ley 106 de 2012, por su lado, consta de ocho artículos, acerca de saneamiento fiscal y financiero del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un capítulo final sobre Telemedicina. Este proyecto del Senador Antonio José Correa Jiménez (PIN), radicado el 29 de agosto de 2012, se acumuló el 24 de octubre del mismo año con el Proyecto de ley mencionado anteriormente, el 119/12 S. 135/12 C. “Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud”, del Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe.

Este proyecto del Senador del PIN, pretende que todos los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado en salud debían ser girados, desde cada una de sus fuentes, al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), para su administración y giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, conforme a la reglamentación que para estos efectos expida el Gobierno Nacional.

El 7 de noviembre, fue aprobado en la comisión séptima de Senado y Cámara, el primer y el tercer debate del proyecto,

con una aprobación de doce artículos propuestos en el informe de ponencia mayoritaria, los artículos 2°, 3°, 5°, 7° y 9° con cambios y los artículos 1, 4, 6, 10, 11 y 12 sin modificaciones.

El 3, 4 y 5 de diciembre de 2012, se aprobó el Proyecto en la Plenaria de la Cámara de Representantes el segundo debate y el 4 de diciembre el cuarto debate, en la Plenaria del Senado de la República, publicado en la Gaceta 904/12. El 7 de diciembre se sometió a consideración de las Plenarias del Senado y Cámara de Representantes, el texto conciliado a este proyecto de ley, en el cual se realizó un estudio comparado de los textos aprobados en las respectivas Cámaras, para verificar cuáles fueron las diferencias que llevaron a la conciliación, y así unificar un texto que sea considerado en las plenarias para su aprobación, y más adelante lograr la sanción presidencial.

En el documento de conciliación quedó estipulado que el objeto del proyecto es “definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011”.

Proyecto de ley 06/12 S. (Manual de tarifas mínimas)

Por medio de la cual se dictan algunas disposiciones en materia de salud.

Este proyecto de ley, es una iniciativa presentada colectivamente por los Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Partido Social de Unidad Nacional), radicado el 20 de julio de 2012, que pretende, modificar 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, haciendo que el Congreso de la República

y que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, presente el modelo de manual de tarifas mínimas, que se fijará en salarios mínimos legales diarios vigentes y que regirá para la compra y venta de actividades, intervenciones, procedimientos en salud y servicios hospitalarios, contenidos en el Plan de Beneficios.

El proyecto cuenta con cinco artículos, de los cuales el tercero establece que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS. El Ministerio de Salud y la Protección Social acompañará el proceso de transición para las EPS e IPS, para así garantizarla protección en derechos de los usuarios. Por otro lado, el artículo cuarto, establece que las empresas productoras, distribuidoras, comercializadoras de Materiales, insumos, medicamentos o tecnologías en salud no podrán ser socias o accionistas de Empresas Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El 11 de septiembre fue publicada la ponencia para el primer debate en la Gaceta 675/12. Los ponentes fueron los Senadores del polo Democrático Alternativo, Mauricio Ernesto Ospina y Gloria Inés Ramírez. El 20 de noviembre de 2012 fue aprobado el primer debate, y el 4 de diciembre el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un concepto jurídico del proyecto afirmando lo siguiente:

La iniciativa pretende regular tres temas que han suscitado profundas controversias en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a saber, las tarifas, la integración vertical y el régimen de inversiones de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Se trata de materias por medio de las cuales se aspira a ejercer un control a la posición de dominio de las EPS. Este proyecto ya había sido presentado en la legislatura pasada y radicado bajo el número 144 de 2011(S).

El enfoque que asume el proyecto implica una regulación rígida e inflexible

del mercado, lo cual puede ahondar el conflicto existente entre los distintos actores (aseguradores, prestadores y usuarios) y generar efectos no deseados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que terminarían afectando a los usuarios que son la parte más vulnerable de este triángulo de la salud.

Esta regulación afecta tanto a los aseguradores como a los prestadores, pero principalmente a estos últimos y en particular, a la red pública de salud, que opera principalmente en las zonas donde la oferta de prestadores privados es más escasa y donde prestar servicios de salud resulta más costoso debido al bajo volumen de servicios, que en muchas ocasiones no alcanza a compensar el costo fijo y, por ende, el costo final de prestación de servicios.

Un manual tarifario fijo y que además, sea indexado automáticamente, puede ejercer por una parte, un efecto de desestímulo de permanencia en el Sistema y, por otra, un efecto nocivo en las finanzas de aquellos prestadores públicos existentes, que se ubican en zonas alejadas de los grandes centros urbanos.

También puede desincentivar aquellos posibles prestadores privados que pudiesen estar considerando la opción de expandir su operación a dichas áreas, por cuanto, los costos de funcionamiento y, por ende, las tarifas de prestación resultan más altos en razón del poco volumen de actividades realizadas, con lo cual, no verían compensado el esfuerzo de mantenerse vigentes o de hacer presencia en dichas zonas.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que en el país, en algunas especialidades y subespecialidades médicas, existe un déficit importante de oferta, por escasez y concentración de la misma, caso en el cual, de fijarse una tarifa única que puede no corresponder a las condiciones de prestación y de mercado, generaría aún más problemas de limitación de oferta, siempre en detrimento de los usuarios.

El concepto jurídico aclara que las normas

no deben ser repetidas sino cumplidas, y que la repetición de normas no fortalece la regulación de temas y dificulta la proposición normativa, de su aplicación y ejecución. También afirma que en el proyecto de ley no hay correspondencia entre las facultades asignadas a la CRES y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Proyecto de ley 13/12 C. (Infraestructura de comunicaciones inalámbricas que disminuyan los efectos nocivos ambientales y de salud)

Por la cual se establecen normas para instalación, despliegue y medición de la infraestructura de comunicaciones inalámbricas y se dictan otras disposiciones.

El proyecto 13/12, radicado el 20 de julio por los Congresistas Alfredo Rafael Deluque Zuleta (Partido Social de Unidad Nacional - Partido de la U), Carlos Andrés Amaya Rodríguez (Partido Verde) y Luis Antonio Serrano Morales (Partido Social de Unidad Nacional - Partido de la U), pretende establecer un marco legal para que las instituciones del Estado desarrollen mecanismos de prevención, medición, verificación e información al usuario, respecto de la infraestructura soporte, los sistemas de comunicaciones inalámbricas y de difusión de radio y televisión, que permitan su expansión ordenadamente disminuyendo los efectos nocivos sobre el medio ambiente y la salud.

La exposición de motivos del proyecto, aclara que el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, organismo especializado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha realizado estudios que demuestran que los campos electromagnéticos producidos por los celulares son posibles cancerígenos.

Según la OMS, “las antenas emiten ondas electromagnéticas cuyo nivel de radiación podría experimentar un incremento de daño en el ADN, cambios en la actividad eléctrica del cerebro, descenso de los niveles de melatonina, depresión, dolor de cabeza, afecciones

del sistema inmunológico, cáncer y leucemia infantil”.

El proyecto está compuesto por siete artículos, los cuales establecen el objeto del mismo, el ámbito de aplicación, las mediciones preventivas, el régimen de infracciones y sanciones, el plan de despliegue de los elementos activos, la mimetización de la infraestructura a instalar y por último, la vigencia.

Proyecto de ley 15/12 C. (Sistema de Vigilancia Inspección y Control del sector salud)

Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del sector salud y se dictan otras disposiciones.

El proyecto de Senador del Partido Social de Unidad Nacional Juan Lozano Ramírez, fue radicado el 20 de julio y está compuesto por 11 artículos, incluyendo la vigencia. En los artículos se establece el objeto, las definiciones, la adición al artículo 89 de la Ley 1438 de 2012, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, los medicamentos, insumos y dispositivos médicos utilizados en procedimientos quirúrgicos, los requisitos del consentimiento informado, las medidas sanitarias y de solidaridad, entre otros.

El proyecto pretende fortalecer los mecanismos de inspección, control y vigilancia por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); y dictar otras disposiciones que fortalezcan la prestación de servicios de salud en el territorio nacional.

Unas de las importancias de este proyecto es que dentro de los derechos de los pacientes, estos, antes acceder a los servicios médicos, tengan en cuenta las diligencias, la información y los cuidados de tales servicios, lo cuales les permitirán la utilización de medicamentos, el insumo o dispositivo médico, los efectos dañinos que estos pueden tener en la salud del paciente.

1.3 PROYECTO DE LEY SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Proyecto de ley 08/12 S. (Consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores de edad)

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.

El proyecto de ley 08/12, de la Senadora del Partido Social de Unidad Nacional, Dilian Francisca Toro, radicado el 20 de julio del presente año, se ha presentado varias veces en el Congreso de la República, aunque no se le ha dado la gestión correspondiente.

A pesar de esto, y gracias a los avances que ha tenido el proyecto en las diferentes ponencias, este es hasta el momento el proyecto de ley más completo con respecto a los demás proyectos radicados en la misma fecha, al contar con 30 artículos, entre ellos la vigencia del mismo, la promoción de la participación de las comunidades indígenas y afrocolombiana por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, respetando sus prácticas y costumbres.

El proyecto de ley pretende establecer políticas públicas integrales que prevengan 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 de alcohol.

Al mismo tiempo, este proyecto prohíbe el expendio, suministro o consumo de alcohol en centros e instituciones de educación; lugares públicos o privados dedicados en la academia, el deporte y

la cultura; entidades públicas o privadas del sector salud; instituciones encargadas de velar por la infancia y las mujeres en estado de embarazo; y espacios públicos.

El 10 de septiembre el proyecto pasó por Concepto Institucional a la Federación Colombiana de Municipios, los cuales por medio de la Gaceta No 634/12, expusieron lo siguiente:

En una nación impaciente por el cúmulo de problemas sociales y consientes de que los verdaderos cambios son lentos y no suceden de golpe, cada actividad de recreación y de esparcimiento que puedan llevar a soporta, de alguna manera, los altos niveles de desigualdad y que así mismo acarren beneficios económicos, son importantes para cada comunidad.

Es importante destacar que el desarrollo de una comunidad no solo puede centrarse en lo económico y social, que ya es importante, sino que debe ser de la mano con los aspectos deportivos, culturales, de recreación etc., para asegurar verdaderos progresos significativos a nuestras comunidades.

Es así como los eventos y festividades impulsados por las administraciones locales son herramientas que incentivan la economía del municipio y en algunos casos estas son financiadas con aportes privados dentro de los que se encuentran la industria licorera. No obstante, estamos completamente de acuerdo con la importancia de generar políticas que impidan el abuso de estas sustancias por parte de la población en general y su consumo por parte de los menores de edad en particular.

El 12 de octubre el proyecto volvió a parar por otro Concepto Institucional, ésta vez por parte del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el cual por medio de la Gaceta 690/12 expuso lo siguiente:

1. Con respecto a lo dispuesto en el artículo 6° del proyecto de ley citado, es importante destacar que dado que en dicha disposición se especifican requisitos de etiquetado para las bebidas alcohólicas, de acuerdo con lo dispuesto

en el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio de la Organización Mundial del Comercio OMC, tal prescripción se configura como un reglamento técnico. En consecuencia, y teniendo en cuenta que la aplicación de dicha medida podría tener un efecto significativo en el comercio de otros miembros de la OMC, el proyecto debe cumplir con las directrices de transparencia exigidas por el Acuerdo indicado, específicamente, con la que se refiere a su notificación internacional, la cual es un requisito para exigir su posterior cumplimiento.

2. Así mismo, en el evento en que el proyecto de ley en mención, llegare a convertirse en ley de la República, la medida contenida en su artículo 6° deberá ser notificada.

3. Adicionalmente, es recomendable que las disposiciones incluidas en el proyecto de ley sean contrastadas con lo dispuesto por el Decreto número 1686 del 9 de agosto de 2012, con el objeto de que no se presenten contradicciones entre las disposiciones indicadas. Lo anterior, teniendo en cuenta que ambas normatividades coinciden en la regulación de varios aspectos con relación al tratamiento de las bebidas alcohólicas, en especial lo concerniente ha rotulado, etiquetado y publicidad, toda vez que en este sentido lo ideal es que las normas se complementen de manera sistemática y brinden seguridad jurídica a sus destinatarios.

4. En cuanto a las normas sobre publicidad y promoción de bebidas alcohólicas que trae el proyecto de ley referido, es necesario destacar que es conveniente que las mismas sean consonantes con lo dispuesto por la Ley 1480 de 2011 respecto del particular. La Ley 1480 de 2011 dispone en su artículo 31. En la publicidad de productos que por su naturaleza o componentes sean nocivos para la salud, se advertirá claramente al público acerca de su nocividad y de la necesidad de consultar las condiciones o indicaciones para su uso correcto, así como las contraindicaciones del caso. El Gobierno podrá regular la publicidad de todos o algunos de los productos de que trata el presente artículo.

2. MAPA POLÍTICO

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 165. 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 legislaturas, que miden la actividad del Congreso. Las legislaturas empiezan el 20 de julio y terminan el 20 de junio del año siguiente.

A partir de la Constitución Política de 1991, el Senado está compuesto por 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.

COMISIONES

En el Senado y la Cámara de Representantes funcionan catorce (14) comisiones constitucionales, siete en Senado y siete en Cámara.

La Comisión Primera del Congreso está compuesta por diecinueve (19) miembros del Senado y treinta y cinco (35) de la Cámara de Representantes y trata temas referentes a: Reforma constitucional, leyes estatutarias, organización territorial, reglamentos de los organismos de control, normas de contratación administrativa, notariado y registro, estructura y organización de la administración nacional y central, y asuntos étnicos.

La Comisión Segunda está compuesta por trece (13) miembros del Senado y 19

miembros de la Cámara de Representantes y 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.

La Comisión Tercera está compuesta por quince (15) miembros del Senado y veintinueve (29) miembros de la Cámara de Representantes y trata temas relacionados con: Hacienda y crédito público, impuestos y contribuciones, exenciones tributarias, régimen monetario, regulación económica y planeación nacional.

La Comisión Cuarta está compuesta por quince (15) miembros del Senado y veintisiete (27) miembros de la Cámara de Representantes y trata temas relacionados con: Presupuesto, control fiscal financiero, bienes nacionales, regulación del régimen de propiedad industrial, reforma u organización de establecimientos públicos, control de calidad y precios y contratación administrativa.

La Comisión Quinta está compuesta por trece (13) miembros del Senado y 19 miembros de la Cámara de Representantes y trata temas relacionados con: Régimen agropecuario, ecología, medio ambiente, vivienda y desarrollo territorial y Corporaciones autónomas regionales.

La Comisión Sexta está compuesta por trece (13) miembros del Senado y dieciocho (18) miembros de la Cámara de Representantes y trata temas relacionados con: Comunicaciones, calamidades públicas, servicios públicos, investigación científica y tecnología, transporte, turismo, educación y cultura.

La Comisión Séptima está compuesta por catorce (14) miembros del Senado y diecinueve (19) miembros de la Cámara de Representantes y trata temas relacionados con: Estatuto del servidor público y trabajador particular, régimen salarial y prestacional, organizaciones sindicales, seguridad social, deportes y salud, cajas de previsión social, fondos de prestaciones, carrera administrativa,

organizaciones comunitarias, vivienda, economía solidaria; asuntos de la mujer y la familia.

PRESIDENTE DEL SENADO

El 20 de julio de 2012, fue elegido el nuevo Presidente del Congreso de la República, el Senador Roy Barreras del Partido Social de Unidad Nacional (Partido de la U). En su discurso de posesión aseguró que los retos que tiene el Congreso es recuperar la credibilidad de los colombianos. El Senador Roy Barreras obtuvo 79 votos a favor y hubo 13 en blanco.

Hay que tener en cuenta que al actual Presidente del Senado, está siendo investigado desde el 27 de mayo de 2011 por el Consejo de Estado, por supuesto tráfico de influencias, ya que el Senador aparentemente entregó un inmueble a una iglesia evangélica de Cali, administrado por la Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE), incautado a un narcotraficante de la región.

PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES

Con 149 votos, el actual Presidente de la Cámara de Representantes es el Representante Augusto Posada Sánchez, también del Partido Social de Unidad Nacional (Partido de la U). Él por su parte, en el discurso de posesión hizo énfasis en la necesidad que tiene el Congreso de reformar su reglamentación interna, con respecto a la información constante que se les debe dar a los colombianos sobre las realidades del país.

El 30 de agosto de 2012, el Presidente de la República, Juan Manuel Santos Calderón, designó a Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social. Alejandro Gaviria es ingeniero civil de la Escuela de Ingeniería de Antioquia con Doctorado en Economía de la Universidad de California. Fue decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes y columnista de El Espectador. Años atrás, fue subdirector de Fedesarrollo y del Departamento Nacional de Planeación y ha sido autor de libros y artículos de temas económicos, crimen y violencia,

educación, movilidad social y servicios sociales en América Latina.

Durante el mes de septiembre, aunque no hubo algún cambio en el Congreso de la República, es importante mencionar que se llevó a cabo la jornada de participación democrática: Consulta Interna de Partidos y Movimientos Políticos, el 30 de septiembre de 2012, consagrada por la reforma política de 2009 y la ley de partidos de junio de 2011. Debido a que solo 500.000 personas votaron en 1.104 municipios, el gobierno reformará este mecanismo de participación democrática. Este año le costaron al país cerca de 36.000 millones de pesos.

3. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA

3.1 JULIO

Ley 1566 del 31 de Julio de 2012 [Atención integral a drogadictos].

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

El 31 de julio, fue Sancionado como Ley el proyecto del Senador del Partido Liberal, Juan Manuel Galán Pachón, “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se crea el Certificado de Conformidad “Entidad Libre de Drogas”.

A pesar de que el 15 de mayo del presente año, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público emitiera un concepto negativo a tal proyecto, señalando que las obligaciones planteadas por este no están consideradas en el Presupuesto General de la Nación, ni en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el 13 de junio, el proyecto fue aprobado en conciliación de Cámara, señalando que el Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará

líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas, que asegure y fomente un ambiente y un estilo de vida saludable, por medio de programas de prevención, tratamiento y control. El título definitivo de la conciliación quedo así: “por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio Nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a las sustancias Psicoactivas”.

La ahora Ley 1566 de 2012, reconoce la adicción a sustancias psicoactivas como una enfermedad de alto costo y pretende establecer condiciones mínimas de atención a la población, exigiendo un carácter especializado de las instituciones que atiendan a los pacientes-adictos, junto con una autorización previa por parte del Estado para su funcionamiento.

Ley 1562 del 11 de julio de 2012

Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.

El 11 de julio de 2012, fue sancionada la Ley 1562, “Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”.

Según la ley, el término Salud Ocupacional, se entenderá como Seguridad y Salud en el Trabajo, “definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”.

Por otra parte, el Artículo 4 de la

presente ley aclara, que enfermedad laboral es la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. Por su parte el Artículo 9, modifica el artículo 66 del Decreto-ley 1295 de 1994, quedando así:

Artículo 66. Supervisión de las empresas de alto riesgo. Las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y el Ministerio de Trabajo, supervisarán en forma prioritaria y directamente o a través de terceros idóneos, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del Programa de Salud Ocupacional según el Sistema de Garantía de calidad, los Sistemas de Control de Riesgos Laborales y las Medidas Especiales de Promoción y Prevención. Las empresas donde se procese, manipule o trabaje con sustancias tóxicas o cancerígenas o con agentes causantes de enfermedades incluidas en la tabla de enfermedades laborales de que trata el artículo 3° de la presente ley, deberán cumplir con un número mínimo de actividades preventivas de acuerdo a la reglamentación conjunta que expida el Ministerio del Trabajo y de Salud y Protección Social.

Resolución 2017 del 25 de julio de 2012

Por la cual se establece la forma de calcular la cobertura del Régimen Subsidiado tanto a nivel nacional como territorial.

La Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, pretende establecer el criterio de cobertura del Régimen Subsidiado, a nivel nacional y territorial, como resultado de los afiliados que están registrados en la Base de Datos única de Afiliados –BDUA.

3.2 AGOSTO

Decreto 1686 del 9 de agosto de 2012

Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios

que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano.

Este decreto pretende establecer el reglamento técnico a través del cual se señalan los requisitos sanitarios que deben cumplir las bebidas alcohólicas para consumo humano que se fabriquen, elaboren, hidraten, envasen, almacenen, distribuyan, transporten, comercialicen, expendan, exporten o importen en el territorio nacional, con el fin de proteger la vida, la salud y la seguridad humana y, prevenir las prácticas que puedan inducir a error o engaño al consumidor.

Decreto 1791 del 28 de agosto de 2012

Por el cual se modifica la Planta de personal de la Dirección Nacional de Estupefacientes en Liquidación.

Este Decreto, que cuenta con cuatro artículos, incluido el del de la vigencia, pretende suprimir la planta de personal de la Unidad Administrativa Especial – Dirección Nacional de Estupefacientes en Liquidación.

Resolución 2126 del 1 de agosto de 2012

Por la cual se crea el Comité de Gobierno en Línea y Antitrámites en el Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Esta Resolución, pretende crear el Comité de Gobierno en Línea y Antitrámites del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tiene dentro de sus funciones coordinar la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea en el Ministerio y en el sector salud, así como identificar las barreras normativas para la provisión de trámites y servicios en línea.

Circular Externa 040 del 10 de agosto de 2012

Reiteración Circular Externa No 33 del 2

de junio de 2012. Aplicación artículo 143 de la Ley 1438 de 2011.

Esta circular, del Ministerio de la Salud y Protección Social, dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, reclamantes por daños materiales causados a las personas por accidentes de tránsito y entidades aseguradoras autorizadas, reitera las instrucciones expuestas en la Circular Externa 33 de 2011, aclarando que el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, con respecto a la necesidad de una presentación de declaración por parte un médico, como prueba en un accidente de tránsito.

Nota Externa 2973 del 15 de agosto de 2012

Periodo Adicional de Radicación para solicitudes de Recobros y Reclamaciones para las entidades que se acojan al mecanismo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, adicionado por el artículo 111 del Decreto –Ley 19 de 2012.

El Director de Administración de Fondos del Ministerio de Salud y Protección Social, informa a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) (recobros), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personas naturales (reclamaciones), que según el Decreto 1377 de 2012 y la Resolución 1822 de 2012, se establece un periodo adicional de radicación entre el 16 y el 30 de agosto del presente año, para que las entidades y personas naturales, presenten las solicitudes de recobros y reclamaciones.

3.3 SEPTIEMBRE

Resolución 2514 del 30 de agosto de 2012 (Publicada en septiembre)

Por el cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud.

Esta Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, establece los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, lo cuales deben incluir los proyectos de inversión en infraestructura física y en dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud.

Según esta resolución, los servicios de salud de control especial de oferta, son los relacionados con:

1. Nefrología – diálisis renal.
2. Oncología, radioterapia y oncología clínica.
3. Radiología e imágenes diagnósticas de mediana y alta complejidad.
4. Unidades de cuidados intermedios e intensivos.
5. Obstetricia de mediana y alta complejidad.
6. Cirugía Cardiovascular.
7. Cirugía Neurológica.
8. Cirugía Ortopédica.
9. Cirugía de trasplante o implante.

Resolución 2569 del 30 de agosto de 2012

Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.

Según lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social, esta resolución establece los valores máximos para tener en cuenta en el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos que no estén incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.

Resolución 2508 del 29 de agosto de 2012 (Publicada el 5 de septiembre de 2012)

Por el cual se establece el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben

cumplir los alimentos envasados que contengan grasas y/o grasas saturadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, pretende por medio de esta resolución, establecer el reglamento técnico mediante el cual se señalan los requisitos que deben cumplir los alimentos que contengan grasas trans y/o grasas saturadas que se fabriquen, exporten, importen, almacenen en todo el territorio nacional, para así informar a los consumidores.

Resolución 2590 del 31 de agosto de 2012 (Publicada el 5 de septiembre de 2012)

Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional Para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.

Esta Resolución, del Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con 35 artículos, entre ellos el de la vigencia y derogatorias y cinco Capítulos titulados:

Capítulo I: Disposiciones generales

El objeto de esta resolución, es que todas las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y Administradoras de Planes de Beneficios de otros Sistemas de Salud, creen el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de edad.

El Sistema Integrado en Red del Control de la Atención del Cáncer en menores de edad, pretende identificar alertas tempranas relacionadas con la garantía de la prestación integral de los servicios necesarios para el cáncer infantil, para su detección temprana y tratamiento integral, que a su vez permitan la ejecución de estudios científicos encaminados

a disminuir la tasa de mortalidad, mediante las acciones conjuntas entre el Instituto Nacional de Cancerología, las Instituciones Prestadoras de Salud de Atención en Cáncer Infantil, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud.

El Sistema Nacional de Información por su parte, pretende mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la información que se necesitan para el Monitoreo, Seguimiento y Control de las acciones y efectos del Sistema Integrado en Red para la atención del Cáncer en los menores de edad.

Capítulo II: Alertas tempranas y prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de salud.

El artículo 11 de la presente Resolución, aclara que las alertas tempranas “Corresponde al registro y análisis de eventos que permiten identificar oportunamente los riesgos para la garantía de la atención integral, de manera pertinente, continua y con calidad de los menores de 18 años con cáncer”.

El artículo 12 por su parte aclara que son consideradas las alertas tempranas: de Accesibilidad, de oportunidad, de seguridad, de pertinencia y de no continuidad.

Capítulo III: Rectoría y responsabilidades de los integrantes del sistema integrado en red para el monitoreo, seguimiento y control del cáncer en los menores de 18 años.

Este capítulo presenta las responsabilidades correspondientes al Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Superintendencia Nacional de Salud, Invima, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Direcciones de Salud de las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales y por último las responsabilidades del administrador de

la Cuenta de Alto Costo.

El artículo 16 de la Resolución, aclara las responsabilidades del Instituto Nacional de Cancerología, el cual en “conformidad con el Decreto 5017 de 2009, será responsable de apoyar a nivel nacional la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de edad y el control de la calidad de los servicios de oncología pediátrica, para lo cual realizará monitoreo y seguimiento de las alertas tempranas relacionadas con el cumplimiento de los protocolos y guías de atención y los resultados en salud. Además, orientará los registros poblacionales e institucional de cáncer y consolidará el Sistema Nacional de Información en cáncer infantil, en lo de su competencia”.

El artículo 23, aclara que las Instituciones mencionadas con anterioridad, dentro de los cuatro meses siguientes a la entrada en vigencia de la resolución, deben presentarle a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, un Plan de cumplimiento y desarrollo de la Ley 1388 de 2012 y de esta resolución.

Capítulo IV: Información para la respuesta interinstitucional

Capítulo V: Sistema Nacional de Información para el Control de la Atención Infantil.

Resolución 0002784 del 12 de septiembre de 2012

Por medio de la cual se establece el procedimiento para la selección de los colegios profesionales del área de la salud, delegatarios de las funciones públicas de que tratan los artículos 10 y 4 de la Ley 1164 y del Decreto 4192 de 2010, respectivamente.

Esta resolución, del Ministerio de Salud y Protección Social, pretende establecer el procedimiento orientado a la selección de colegios profesionales para la delegación de funciones públicas, correspondientes a los artículos 10 y 4 de la Ley 1164 de 2007 y del Decreto 4192 de 2010.

Decreto 1954 del 19 de septiembre de 2012

Por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas

Este decreto, que cuenta con 11 artículos, pretende establecer condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, según el artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011. El sistema de información periódica y sistemática, permite realizar el seguimiento de la gestión de las entidades responsables de su atención, evaluar el estado de implementación y desarrollo de la política de atención en salud de quienes las padecen, juntos con su impacto.

Toda las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, deben cumplir lo dispuesto en este decreto. Así mismo, el reporte integral y oportuno de la información por parte de las EPS, en los plazos y procedimientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, es obligatorio y será un requisito para acceder a los recursos de la Subcuenta de Compensación Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), por prestaciones de salud para estas enfermedades que no se encuentren incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo.

Decreto 1865 del 6 de septiembre de 2012

Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto - Ley 019 de 2012

Este decreto tiene por objeto reglamentar el saneamiento de cuentas por cobros las diferentes divergencias generadas por las glosas aplicadas en la auditoría integral a los cobros presentados por las entidades

recobrantes ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, así como disponer la aplicación por una única vez dicho procedimiento para aquellos cobros que a la entrada en vigencia del Decreto Ley 019 de 2012, hubieren surtido la auditoría integral culminando con estado glosado por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el POS.

Las divergencias recurrentes son las diferencias conceptuales entre más de una entidad cobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de cobro en más de un período de radicación.

Decreto 2012 del 28 de septiembre de 2012

Por el cual se suprimen unas dependencias de la estructura del Instituto de Seguros Sociales – ISS.

Este Decreto, del Ministerio de Salud y Protección Social, que cuenta con 48 artículos, incluyendo el de la vigencia, suprime el Instituto de Seguros Sociales ISS, creado por la Ley 90 de 1946 y transformado en Empresa Industrial y Comercial del Estado, mediante el Decreto 2148 de 1992, vinculada al Ministerio de Salud y Protección Social, según el Decreto Ley 4107 de 2011. Por tanto, esta entidad entrará en proceso de liquidación y se denominará “Instituto de Seguros Sociales en Liquidación”.

Es importante aclarar que con este decreto, Instituto de Seguros Sociales, no podrá iniciar nuevas actividades en desarrollo de su objeto social y conservará su capacidad jurídica únicamente para expedir actos, realizar operaciones y celebrar contratos necesarios para su liquidación.

Comunicado

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública

Durante un foro internacional sobre ‘Nuevas alternativas en el abordaje e intervención al consumo de sustancias psicoactivas’, el secretario de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, señaló que una política integral, desde la prevención y las terapéuticas, está encaminada a reducir el consumo, a minimizar las consecuencias, mitigar sus efectos.

Ello se complementa con nuevas propuestas como la del alcalde Mayor, Gustavo Petro Urrego, de ofrecer la posibilidad de atender en centros especiales a las personas que se encuentran en situación de adicción.

El funcionario dijo que, teniendo en cuenta que en la ciudad no existe una política pública en materia de prevención, atención y rehabilitación del consumo de sustancias, siempre se termina en el proceso necesario de mitigar dicho consumo. Agregó que la Administración de la ‘Bogotá Humana’ siempre ha creído que al consumidor no se le puede tratar como un delincuente.

“Nosotros diferenciamos muy claramente una lucha frontal contra el narcotráfico, pero al mismo tiempo entendemos que si el narcotráfico es un problema legal y penal, los consumidores, los pacientes se convierten en un problema de salud pública. El consumo es un problema de salud pública y, de ninguna manera, un problema penal ni jurídico”, afirmó Jaramillo.

En esa política de atención integral al consumidor, la Administración Distrital dispone de mil equipos médicos que van a estar prestando sus servicios a cuatro millones de personas, con una política muy clara y definida de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la atención clara a la comunidad para buscar la prevención en el consumo de los psicoactivos.

“Desde el punto de vista de la promoción, la prevención, de la posibilidad de la atención a estas personas en su desintoxicación y su rehabilitación, hemos ido más allá con la propuesta de los centros de consumo controlado, para

mejorar condiciones higiénicas, para recibir asistencia médica y psicológica, para la reducción de los riesgos, para el control de las contingencias situacionales, para el manejo de las ansias y el síndrome de la abstinencia de los consumidores”, indicó.

El Secretario explicó que el objetivo de los Centros Móviles de Atención Médica a Drogadictos (CAMAD) no sólo será atender este grupo poblacional sino a toda la comunidad, niños, mujeres, adultos mayores en cuatro sedes importantes en la ciudad, con médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, odontólogos y una plena articulación entre todas las secretarías, institutos y demás entidades que tienen que ver con el tema.

Los centros tendrán como ejes fundamentales la reducción de la morbilidad y la mortalidad, atención a los accidentes que se puedan presentar, riñas, crisis emocionales, transmisión de enfermedades, mejorar la calidad de vida de esta población que, por lo general, es sometida a situaciones de rechazo y segregación. “Las personas que consumen psicoactivos merecen la mayor atención posible, la posibilidad de darles todo el bienestar que se merecen y el respeto a sus derechos”, concluyó.

3.4 OCTUBRE

Ley 1580 del 01 de octubre de 2012

Por la cual se crea la pensión familiar

El Artículo 1°, de la presente ley adiciona un nuevo Capítulo al Título IV al Libro I de la Ley 100 de 1993. Ésta crea y define la Pensión Familiar como:

aquella que se reconoce por la suma de esfuerzos de cotización o aportes de cada uno de los cónyuges o cada uno de los compañeros permanentes, cuyo resultado es el cumplimiento de los requisitos establecidos para la pensión de vejez en el régimen de prima media con prestación definida o régimen de ahorro individual y de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

Para efectos de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud, según la ley “el titular de la pensión familiar deberá estar afiliado y cotizar de acuerdo a lo estipulado en el artículo 204 de la presente ley. El cónyuge o compañero permanente será beneficiario del Sistema”.

Decreto 2150 del 18 de octubre de 2012

Por el cual se hace una incorporación en el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA.

Este decreto del Presidente de la República, incorpora con carácter ordinario a la doctora NORMA CONSTANZA GARCIA RAMIREZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía NO. 51.624.826 de Bogotá, en el empleo de Jefe de Oficina, Código 0137, Grado 19, para que desempeñe funciones de Jefe de la Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

Decreto 2878 del 8 de octubre de 2012

Por el cual se establece la estructura del instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA y se determinan las funciones de sus dependencias.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, es un establecimiento público del orden nacional, de carácter científico y tecnológico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y perteneciente al Sistema de Salud.

Según el decreto el INVIMA tiene como objetivo actuar como institución de referencia nacional en materia sanitaria y ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos,

productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva de conformidad con lo señalado en el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Decreto 2079 del 8 de octubre de 2012

Por el cual se establece la planta del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- y se dictan otras disposiciones.

Este decreto establece las funciones de la planta del personal de las distintas dependencias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-.

Decreto 2162 del 19 de octubre de 2012

Por el cual se efectúa la designación de la delegada del Presidente de la República ante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Este decreto designar a la doctora Catalina Crane Arango, identificada con la cédula de ciudadanía número 35'460.200, quien actualmente ocupa el cargo de Alta Consejera para la Gestión Pública y Privada, como delegada del Presidente de la República ante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Decreto 2245 del 31 de octubre de 2012

Por el cual se reglamenta el inciso primero del párrafo 3° del artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9° de la Ley 797 de 2003.

El inciso primero del párrafo 3° del artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9° de la Ley 797 de 2003, establece que constituye justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo o la relación legal o reglamentaria, que el trabajador del sector privado o el servidor público cumpla los requisitos establecidos en ese artículo para acceder a la pensión de

vejez, y que la terminación del contrato o de la relación legal o reglamentaria tendrá ocurrencia cuando sea reconocida o notificada la pensión por parte del Sistema General de Pensiones.

Esto quiere decir que antes de producirse la desvinculación del trabajador tanto del sector público, como del sector privado, debe garantizarse que no haya solución de continuidad entre la fecha del retiro y la fecha en que efectivamente se comienza a disfrutar de la pensión.

Por tanto, el objeto del presente decreto del Ministerio de Trabajo, es establecer las medidas que garanticen que no se presente solución de continuidad entre el momento del retiro del servicio del trabajador y su inclusión en nómina de pensionados y sus disposiciones aplican a los empleadores de los sectores público y privado y a las administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida y del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

3.5 NOVIEMBRE

Decreto 2336 del 15 de noviembre de 2012

Por el cual se establecen para el año 2012 los costos de la supervisión y control realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas, con excepción de las que legalmente se encuentren exentas de asumir tal obligación, a efectos de determinar el cálculo y fijar la tarifa de la tasa que deben cancelar.

Este decreto del Ministerio de Salud y Protección Social, tiene por objeto establecer, los costos de la supervisión y control realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas, con excepción de las que legalmente se encuentren exentas de asumir tal obligación, a efectos de determinar el cálculo y fijar la tarifa de la tasa que deben cancelar.

Según el proyecto \$33.949.477.701, serán los costos de supervisión y control de

la Superintendencia Nacional de Salud para la vigencia fiscal de 2012, de las entidades vigiladas, diferentes a los municipios y distritos.

Decreto 2379 del 22 de noviembre 2012

Por el cual se designa un Superintendente Nacional de Salud Ad-hoc

Este decreto, del Ministerio de Salud y Protección Social, nombra Superintendente del Subsidio Familiar, al doctor EDMUNDO CONDE ZAMORANO, como Superintendente Nacional de Salud Ad Hoc.

Boletín de Prensa No 362 de 2012

La recuperación de la red nacional de laboratorios y la reglamentación de los decretos 3518 y 2323 de 2006 brindarán las rutas que deberán cumplir los laboratorios departamentales en cada uno de los territorios.

El 8 de noviembre de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, emitió este boletín de prensa, para informar que la Red Nacional de Laboratorios, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud - INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, se reunieron con coordinadores y referentes técnicos de los 33 laboratorios de salud pública del país, con la idea de presentar los avances en la gestión y fortalecimiento de estas entidades, con respecto a la importancia de las funciones de los laboratorios de salud pública.

La Directora de Epidemiología y Demografía del Ministerio, Martha Lucía Ospina Martínez, durante la reunión señaló que los laboratorios de salud pública realizarán, para fines de control en cada uno de los departamentos, los análisis necesarios de medicamentos, alimentos, bebidas y ambiente. “De manera unificada saldrán las normas y la reglamentación del Decreto 3518 y 2323 de 2006 para que queden más claras las rutas y los roles que deben cumplir los laboratorios departamentales en los territorios. Existe una confusión de roles

porque dichos laboratorios no deben prestar servicios de laboratorio clínico”, destacó Ospina Martínez.

Por último, Ospina Martínez recalcó que el Ministerio frente a la salud pública pretende orientar la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; el fortalecimiento de la Promoción de la Salud y de los Programas Nacionales Preventivos y el Sistema de Información.

Boletín de Prensa No 375 de 2012

Balance positivo en la participación ciudadana, sectorial e intersectorial durante la consulta para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

La formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, consta de la preparación, la consulta, la formulación, la negociación y aprobación. En este momento se lleva a cabo la fase de consulta, la cual según el boletín, el 19 de noviembre, la Viceministra de Salud Pública y Prestación de Servicios, Martha Lucía Ospina Martínez, informó acerca del éxito que ha tenido la fase de consulta, afirmando que “la participación ciudadana, sectorial e intersectorial en la fase de consulta, satisfizo las expectativas; hubo una gran movilización social y afluencia considerable de colombianos a los talleres zonales, departamentales, nacionales, sectoriales y a los espacios virtuales de participación, tanto en el mini sitio en internet del Plan, como en otras redes sociales”.

“En la fase de consulta se hicieron 210 talleres presenciales, con cobertura zonal, departamental y regional, con participación de más de 900 municipios de todo el país; así mismo, hubo talleres con los organismos de cooperación internacional presentes en Colombia; otros, con niños, niñas y adolescentes, así como con mujeres, organizaciones de familia, comunidades religiosas, grupos LGBTI, organizaciones de tercera edad, grupos de jóvenes, grupos con capacidades diferentes, grupos de personas con enfermedades raras y huérfanas; también se realizaron talleres

con entidades del sector salud y de otros sectores, ya que el Plan es transectorial”, destacó.

En la actualidad, el Ministerio avanza la consulta con poblaciones indígenas, con el pueblo Rrom y con los afrocolombianos.

La participación ciudadana en la modalidad virtual tuvo gran acogida, al punto que en la actualidad, “los técnicos analizan toda la información recolectada, que será incluida en la formulación del Plan, prevista para diciembre próximo. El ministerio obtuvo 132 mil consultas; 101 mil 765 visitas únicas; 540 enlaces a otros sitios Web y más de 1.600 aportes ciudadanos sobre lo que debe ser la respuesta en salud pública hasta el 2021”, expresó la Viceministra.

3.6 DICIEMBRE

Decreto 2560 del 10 de diciembre de 2012

Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud - CRES, se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Este decreto del Ministerio de Salud y Protección Social, suprime la Comisión de Regulación en Salud- CRES, creada por la Ley 1122 de 2007 como una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

Es decir la entidad entrará en proceso de liquidación y se denominará “Comisión de Regulación en Salud en Liquidación”.

El Ministerio de Salud y Protección Social será el encargado de asumir las funciones que le sean transferidas.

Decreto 2562 del 10 de diciembre de 2012

Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

Este decreto del Ministerio de Salud y Protección Social, modifica su propia estructura

4. DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante los meses de julio y septiembre, no se llevaron a cabo, desarrollaron ni ejecutaron políticas públicas relacionadas con salud.

4.1 AGOSTO

Después de 18 meses de discusión, durante el mes de agosto el Gobierno Nacional expidió el documento Conpes de la primera Política Farmacéutica Nacional, como una herramienta fundamental para garantizar el acceso y la calidad de los medicamentos en Colombia.

La política plantea diez estrategias para mejorar el acceso, la oportunidad de dispensación, la calidad y el uso adecuado de medicamentos, así como la construcción de una institucionalidad eficaz, eficiente y coherente, la adecuación de la oferta del recurso humano del sector farmacéutico, el aprovechamiento de la biodiversidad, el fortalecimiento del sistema de vigilancia, el diseño de redes de Servicios Farmacéuticos, la promoción del uso adecuado de medicamentos, entre otros.

La implementación de la política plantea inversiones del orden de los \$250.000 millones a diez años, financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General de Participaciones y menos proporción de recursos de cooperación.

Por otra parte, es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud informaron que en medio del desarrollo de la Jornada Nacional de Vacunación contra el Cáncer de cuello uterino, se han vacunado más de 42.000 niñas en 25 departamentos de Colombia.

Por su parte, el Director del Instituto Nacional de Cancerología, ESE, Raúl Murillo, afirmó que, “Incluir la vacuna contra el VPH es una de las noticias más importantes que hemos tenido durante los últimos 50 años, porque representa una esperanza real de control del cáncer

de cuello uterino, que es la primera causa de muertes por cáncer entre las mujeres colombianas. Con esta vacuna tenemos el 70% de probabilidad de reducir la carga de la enfermedad”.

4.2 OCTUBRE

Durante el mes de septiembre se llevó a cabo el IX ENCUENTRO NACIONAL DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA/PROYECCIÓN SOCIAL. Experiencia Políticas Públicas y su incidencia en los procesos de extensión universitaria, en la Pontificia Universidad Javeriana. El encuentro se centró en los riesgos profesionales, basadas en experiencias en investigación para la definición de políticas en salud ocupacional.

4.3 NOVIEMBRE

En el mes de noviembre no se desarrollaron políticas públicas referentes a la salud, pero se llevó a cabo en la ciudad de Cali los días 8, 9 y 10 de noviembre, el VI Coloquio Internacional de Políticas Públicas, centrado “La Implementación de las Políticas Públicas”. La implementación, entendida como la fase del ciclo de políticas públicas donde las ideas se ponen en práctica; momento en el cual lo programado debe ejecutarse. Es sin duda la fase más crucial de una política y, sin embargo, es la menos investigada y estudiada tanto empírica como teóricamente. Existe un sinnúmero de ejemplos de procesos de implementación o de puesta en marcha de políticas deficientes o inexistentes, y en muchos casos no se cumplen a cabalidad los objetivos diseñados de las políticas.

*Carolina Serrano Duque
Politóloga y Candidata a Magister
Literatura
Grupo Políticas y Movilización Social
Tel: 3341111, ext 4103*