



Instituto Nacional  
de Cancerología-ESE  
Colombia  
Por el control del cáncer



foto tomada de: minhacienda.gov.co

# Boletín

de Seguimiento Legislativo y Político

SEGUNDO SEMESTRE 2015

ISSN: 2463 - 039X



Ministerio de Salud y Protección Social  
Instituto Nacional de Cancerología ESE  
Grupo Políticas y Movilización Social

Boletín de Seguimiento Legislativo y Político  
Segundo Semestre de 2015  
Bogotá D.C., 2 de enero de 2016

**Carolina Wiesner Ceballos**  
Directora General (e)

**Esther de Vries**  
Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica,  
Promoción y Prevención

**Oscar Gamboa**  
Coordinador Grupo Área Salud Pública

Autora  
**Carolina Serrano Duque**  
Profesional en Ciencia Política, Magister en Literatura  
Grupo Políticas y Movilización Social  
[cserranod@cancer.gov.co](mailto:cserranod@cancer.gov.co)

Diseño y Diagramación  
Camilo Zuluaga  
[cezuluaga@cancer.gov.co](mailto:cezuluaga@cancer.gov.co)

# Contenido

1 Control del riesgo.....	3
1.1 Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados.....	4
1.2 Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales.....	8
1.3 Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas .....	9
1.4 Promoción de una alimentación saludable.....	16
1.5 Protección específica a virus relacionados con cáncer.....	11
1.6 Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta.....	13
2 Detección temprana de la enfermedad.....	13
2.1 Cáncer de cuello uterino .....	13
2.2 Cáncer de próstata.....	15
2.3 Cáncer infantil (leucemias agudas pediátricas).....	16
3 Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer.....	24
4 Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer .....	24
5 Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer.....	24
6 Derecho a morir dignamente.....	26
7 Bibliografía.....	31
8 Fuentes de Información.....	31

## BOLETIN SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

### Primer periodo segunda legislatura

Este boletín, correspondiente al segundo periodo de la primera legislatura del cuatrienio 2014-2018, tiene como objeto describir y analizar los proyectos de ley que se discutieron en el Congreso de la República durante el segundo semestre de 2015, así como las normas (resoluciones, decretos, acuerdos) y los comunicados oficiales, relacionados con las líneas estratégicas del Plan Decenal Para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021:

- Control del riesgo (Prevención primaria)
- Detección temprana de la enfermedad
- Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer
- Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer
- Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer
- Formación y desarrollo del talento humano

Este boletín pretende entonces aportar elementos y acciones a nivel político y normativo, que permitan visualizar como el cáncer y sus factores de riesgo, se visualiza en la agenda pública.

## 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” (1 pág. 45).

## 1.1 CONTROL DEL RIESGO DE CONSUMO Y EXPOSICIÓN A PRODUCTOS DE TABACO Y SUS DERIVADOS

Proyecto de ley 07 C. del 21 de julio de 2015. [Prevención consumo de tabaco]

*“Por medio de la cual se modifica la Ley 1335 de 2009 que previenen 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 18 de noviembre de 2015, fue aprobado en Comisión VII de Cámara, el primer debate el que pretende fortalecer la política pública de control del tabaco y avanzar en la garantía y goce efectivo del derecho fundamental a la salud, regulando el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco, aumentando las advertencias de un 30% a un 80% y prohibir completamente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, incluidos los puntos de venta.

El proyecto de ley objeto fue presentado por el representante a la cámara, Óscar Ospina el 20 de julio de 2015 y publicado en la Gaceta del Congreso número 512/14. El mismo día fueron designados como ponentes los representantes Germán Bernardo Carlosama López (Autoridades Indígenas de Colombia AICO), Edgar Alfonso Gómez Román (Partido Liberal) y Mauricio Salazar Peláez (Partido Conservador). Los ponentes no presentaron modificaciones al texto propuesto originalmente.

El artículo 1 del proyecto modifica el artículo 13 de la Ley 1335 de 2009 así: “El empaquetado y etiquetado de productos de tabaco o sus derivados no podrá ser un vehículo o medio que incentive el consumo de éste producto o que genere confusión sobre su carácter nocivo o dañino. Por lo que no podrá:

a) Estar dirigidos a menores de edad o ser especialmente atractivos

para estos; b) Sugerir que fumar contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al éxito sexual; c) Contener publicidad falsa o engañosa recurriendo a expresiones tales como cigarrillos “suaves”, “ligeros”, “light”, “Mild”, o “bajo en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono” o de contenidos de sabor, como “mentol” o “mentolado” y cualquier otra expresión similar que desconozca su carácter nocivo o que esté dirigida a considerar el producto como atractivo [...]”.

El artículo 2 del proyecto modifica el 16 de la Ley 1335 de 2009 referido a la promoción, así: “Prohíbase toda forma de promoción de productos de tabaco y sus derivados, entendida como toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco. Se considera publicidad a toda forma de exhibición de productos de tabaco en punto de venta”.

El artículo 3 modifica el artículo el artículo 17 de la Ley 1335 el cual se refiere a la prohibición del patrocinio, así: “Prohíbase el patrocinio directo o indirecto de eventos deportivos, culturales, educativos o sociales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos de tabaco a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas y; en general toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco, incluida la las acciones realizadas bajo el concepto de responsabilidad social empresarial”.

Finalmente el artículo 4 modifica el artículo 25 de la Ley 1335 de 2009, referente a las sanciones por no poner las especificaciones requeridas en el empaquetado y etiquetado, el cual quedará así: “Cualquier persona que infrinja lo establecido en los artículos 13 y demás relativos a la utilización de advertencias de salud de la presente ley, estará sujeta a la siguiente sanción: una multa de setecientos (700) a mil (1000) salarios mínimos legales mensuales

vigentes. Esta multa será de mil doscientos (1200) a mil quinientos (1500) salarios mínimos legales mensuales vigentes si es reincidente”.

Resolución Reglamentaria 34 del 10 de julio de 2015. Contraloría de Bogotá D.C.

*“Por medio de la cual se modifica la Ley 1335 de 2009 que previenen 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.”*

La presente resolución derogar la Resolución reglamentaria No. 007 del 6 de mayo de 2004, por la cual se estableció el “Programa de Prevención y Control del Tabaquismo en la Contraloría de Bogotá D.C.”.

Según la derogada Resolución 007 de 2004, los objetivos del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo de la Contraloría de Bogotá, D. C. eran:

- Mantener ambientes de trabajo libres de contaminación por humo de cigarrillo.
- Prevenir cualquier riesgo de incendio provocado por el consumo de tabaco.
- Disminuir la aparición de sintomatología respiratoria en fumadores pasivos.
- Prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillo.
- Disminuir el número de incapacidades relacionadas con patología de vías respiratorias.
- Erradicar el consumo de cigarrillo en las instalaciones de la Entidad y en los sitios asignados para los equipos de auditoría por parte de los Sujetos de Control.

Proyecto decreto 5816 del 19 de octubre de 2015.  
Ministerio de Salud y Protección Social. [Tabaco]

*“Por el cual se reglamenta el procedimiento de evaluación de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados”.*

El presente proyecto decreto pretende regular el procedimiento para la evaluación del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados, especialmente a fabricantes e importadores de dichos productos en todo el país.

La evaluación, realizada por el Ministerio de Salud comprende lo siguiente:

- La revisión de las características de las advertencias que ocupan el 30 % de cada una de las caras principales.
- La trazabilidad, es decir, la “verificación de la inclusión de la expresión importado para Colombia en todos los envases de producto de tabaco” así como los elementos que incluyan las autoridades aduaneras contra el contrabando.
- Revisión de la publicidad presente en el restante del 70 % del envase.

Según el proyecto, se deben tener en cuenta las definiciones de: advertencias sanitarias, cara frontal o principal, cara lateral o secundaria, control del tabaco, envase, frases de advertencia, fabricantes, importadores, productos de tabaco, publicidad y promoción del tabaco, y trazabilidad.

El proyecto considera tanto la Ley 1109 de 2006 que aprueba el Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco, así como la Ley 1335 de 2009 o Ley antitabaco; la Resolución 1841 de 2013 del Plan Decenal de Salud Pública, y la Ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de salud, la cual establece que “El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar



directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas”.

## 1.2 Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

Proyecto de ley 97 del 22 de septiembre de 2015.

*“Por el cual se prohíbe la producción, comercialización, exportación, importación y distribución de cualquier variedad de asbesto en Colombia”*

El proyecto de la senadora del Partido Conservador, Nadia Georgette Blel, radicado el 22 de septiembre de 2015, cuenta con 11 artículos, incluyendo vigencia y derogatorias, tiene como objeto “preservar la vida y la salud de todos los habitantes del territorio nacional al decretar la prohibición absoluta de la producción, comercialización, exportación, importación y distribución de todas las formas de asbesto y de los productos con estos elaborados”. El proyecto también busca que ninguna persona pueda producir asbesto, ni distribuir o comercializar productos que contengan cualquier variedad de asbesto, así como iniciar acciones a cerrar las minas de todas las variedades de asbesto que se encuentren abiertas, activas o inactivas en Colombia, y no podrán abrirse nuevas minas de asbesto bajo ninguna circunstancia.

Con el objeto de preservar la vida y la salud de todos los habitantes del territorio nacional, la iniciativa pretende prohibir completamente la producción, comercialización, exportación, importación y distribución de todas las formas de asbesto y de los productos con estos elaborados. Se establecería como periodo de transición para la sustitución del asbesto el término de un año, contado a partir de la expedición de esta ley. Al término del plazo establecido en esta norma, ninguna persona, natural o jurídica, dentro del territorio colombiano podrá producir asbesto o elaborar, distribuir o comercializar productos que contengan cualquier variedad de asbesto. De igual manera, se deberán

iniciar todas las acciones tendientes a clausurar las minas de todas las variedades de asbesto que se encuentren abiertas, activas o inactivas en el país, y no podrán abrirse nuevas minas de asbesto bajo ninguna circunstancia.

El artículo 8 del proyecto establece la creación de la Comisión Nacional para la sustitución del Asbesto, que estará conformada por: dos delegados del Ministerio de Ambiente y desarrollo sostenible, dos delegados del Ministerio de Salud, un delegado del Ministerio de Minas y Energía, un delegado del Ministerio del Trabajo un integrantes de Universidades que representen a la academia, un representante del sector más significativo de la industria del asbesto, un representante del sector más significativo de la industria que a la fecha de la vigencia de la presente ley haya sustituido el asbesto de manera exitosa. El parágrafo 2 de dicho artículo, establece que “Si alguna fibra es declarada como agente carcinogénico en el grado uno por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC – Por sus siglas en inglés), la Comisión procederá de manera inmediata a evaluar la existencia de sustitutos menos nocivos para la salud, y si ellos existieren procederá a recomendar al Ministerio de Salud, su prohibición y sustitución en el territorio Colombiano”.

El primer de diciembre de 2015, fue publicada la ponencia al primer debate, y asignados como ponentes los congresistas: Nadia Georgette Blel Scaff (Partido Conservador), Orlando Castañeda Serrano (Centro Democrático), Antonio José Correa Jiménez (Opción Ciudadana), Sofía Alejandra Gaviria Correa (Partido Liberal), Honorio Miguel Henríquez Pinedo (Centro Democrático), Jorge Iván Ospina Gómez (Alianza Verde), y Carlos Enrique Soto Jaramillo (Partido Social de Unidad Nacional - Partido de la U).

### 1.3 Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas

Proyecto de ley 133 C. del 8 de octubre de 2015. [Sustancias psicoactivas]

*“Por el cual se establece la Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas en todas las instituciones educativas del país”*

El proyecto del representante a la cámara por Antioquia, Santiago Valencia González (Centro Democrático), pretende garantizar la creación de políticas públicas frente a la prevención al consumo de sustancias psicoactivas, a través de creación de la asignatura: Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas en las instituciones educativas en los niveles básica, media y superior.

El objeto de la cátedra es crear y consolidar un espacio para el aprendizaje, reflexión y diálogo sobre los impactos negativos que implica el consumo de estas sustancias. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación, proporcionará los criterios y orientaciones requeridas para su cumplimiento. Por su parte, las entidades territoriales certificadas en educación, y que cuenten con funciones de inspección y vigilancia, verificarán que las instituciones educativas implementen y desarrollen la cátedra.

El proyecto fue radicado el 30 de septiembre de 2015, y hasta la fecha únicamente ha sido publicada la ponencia para primer debate, el 10 de diciembre del mismo año.

## 1.4 Promoción de una alimentación saludable

Acuerdo 614 del 16 de septiembre de 2015. Alcaldía Bogotá

*“Por medio del cual se establecen estrategias para el control de la obesidad y el sobrepeso en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”*

La Administración Distrital, creará programas dirigidos a la comunidad educativa y a los estudiantes, sobre hábitos de vida saludable, promoción de la salud y prevención de sobrepeso y obesidad, y así suscribir convenios con las EPS u organizaciones de la sociedad civil, con experiencia comprobada en el tema.

Las Instituciones educativas del distrito, al inicio del año

académico, realizarán a los niños, niñas y adolescentes en la clase de educación física, un tamizaje sobre el índice de masa corporal, para hacer un seguimiento oportuno del estado del peso y talla de los alumnos.

Las Secretarías de Educación e Integración Social Distritales, cuando detecten casos de sobrepeso, obesidad o bajo peso y talla, propenderán, por suministrar alimentos que contribuyan a mejorar la condición de salud del estudiante que padece de esta enfermedad. Los padres de familia en este mismo sentido, alertarán a dichas Secretarías o a la institución educativa que corresponda sobre la necesidad de suministro de alimentación especial para contrarrestar estas enfermedades.

### 1.5 Protección específica a virus relacionados con cáncer

Circular Externa 35 del 28 de agosto de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

*“Fortalecimiento de las estrategias de vacunación contra el virus del papiloma humano (vph), a niñas entre cuarto grado de básica primaria y grado once de bachillerato que hayan cumplido 9 años y población no escolarizada entre 9 y 17 años”.*

Esta Circular, le solicita a los Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, continuar con la introducción de la vacuna contra el VPH, en el esquema nacional de vacunación.

A su vez establece que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una prioridad para el Gobierno nacional, teniendo en cuenta que sus acciones apuntan a lograr resultados en salud, mediante la disminución del riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacuna, razón por la cual se introdujo, desde el año 2012 al esquema nacional de vacunación, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

El esquema contempla la aplicación de tres dosis de vacuna, a las niñas de 9 años que estén entre cuarto de primaria y once de bachillerato, y a la población no escolarizada entre 9 y 17 años, formando parte de la estrategia mundial de salud de la mujer y los niños y lanzada durante la cumbre de los objetivos de desarrollo del milenio en septiembre de 2010.

Así mismo, la vacuna contra el VPH hace parte de las acciones de prevención primaria incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y en conjunto con el tamizaje para la detección temprana de lesiones preneoplásicas y neoplásicas de cuello uterino como prevención secundaria, que buscan disminuir el cáncer de cuello uterino.

Comunicado 752 del 10 de diciembre de 2015. Corte Constitucional

*“La Corte Constitucional se inhibió en pronunciarse sobre la obligatoriedad de la vacuna contra el virus del papiloma humano”.*

La Corte Constitucional se declaró inhibida en pronunciarse de emitir pronunciamientos sobre la constitucionalidad de la expresión “y obligatoria”, del título de la Ley 1626 de 2013, por incumplimiento de requisitos en la demanda.

La Corte confirmó que el requisito de suficiencia de los cargos no fue cumplido, el documento no demostró por qué la expresión acusada, a pesar de hacer parte del título de la Ley 1626 de 2013, tenía un contenido deóntico autónomo, incluso, daba cuenta que un mandato de obligatoriedad de la aplicación de la vacuna es inexistente en las disposiciones que integran la normatividad.

También se encontró que la demanda incumple el requisito de suficiencia, ya que el actor no demostró cómo el aparte acusado, que se insiste está contenido en el título de la Ley 1626 de 2013, es contrario a la Constitución, a partir de los parámetros que para el control de los títulos de las leyes ha fijado la jurisprudencia constitucional.

## 1.6 Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta

Proyecto de acuerdo 362 del 19 de octubre de 2015. Concejo de Bogotá D.C. [Control del riesgo cáncer de piel]

*“Por el cual se ordena implementar en el Distrito Capital una estrategia integral de información, educación y comunicación para la prevención de los efectos de rayos ultravioleta (RUV), lesiones oculares, cutáneas y cáncer de piel”.*

El Proyecto de acuerdo tiene como objetivo establecer en el Distrito la estrategia de comunicación para prevenir los efectos de rayos ultravioletas, sensibilizando y capacitando a la población sobre las lesiones y cáncer de piel.

Ésta iniciativa ha sido presentada en varias ocasiones: como Proyecto de acuerdo 200 de 2012, recibiendo ponencias positivas y siendo archivado por trámite; como Proyecto de acuerdo No. 224 de 2012, recibiendo ponencias positivas y aprobado en primer debate el 28 de noviembre de 2012. El proyecto fue retirado en plenaria y archivado. También se presentaron los Proyectos de acuerdo 111 y 317 de 2014 recibiendo ponencias positivas con modificaciones. Finalmente, los Proyectos de acuerdo 004 y 305 de 2015, recibiendo ponencias positivas y archivadas por trámite.

## 2 DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD

Según el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, la detección temprana son “las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer [...]” (1 pág. 58).

### 2.1 Cáncer de cuello uterino

Proyecto de ley No 10 del 21 de julio de 2015. [Consentimiento informado VPH]

*“Por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013 y se establece el consentimiento informado obligatorio”*

El proyecto radicado el 21 de julio de 2015, de autoría de los senadores del Centro Democrático Fernando Nicolás Araújo, María del Rosario Guerra, Alfredo Ramos Maya, Daniel Cabrales, Thania Vega de Plazas, Ernesto Macías, Susana Correa, Honorio Henríquez Pinedo, Jaime Amín Hernández e Iván Duque, fue publicado en la Gaceta del Congreso 525 de 2015. Fueron designados para presentar el informe de ponencia en primer debate los senadores Antonio José Correa, Eduardo Enrique Pulgar Daza, Nadia Georgette Blel Scaff, Sofía Alejandra Gaviria Correa y Álvaro Uribe Vélez (Coordinador).

El proyecto, radicado en la Comisión Séptima del Senado, tiene como objeto “garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes de las que se refiere el Artículo 1° de la Ley 1626 de 2013 mediante el consentimiento informado, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida”.

Según el proyecto de ley, las autoridades, así como los garantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, sólo aplicarán la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano a las pacientes cuando estas y las personas que ejercen la patria potestad sobre las mismas, de manera libre e informada manifiesten inequívocamente por escrito, de forma voluntaria y reiterada, su consentimiento y aceptación de la aplicación de dicho procedimiento médico.

En la exposición de motivos del proyecto se resalta que en el país han aumentado los casos de enfermedades desarrolladas por mujeres y niñas a quienes les fue aplicada la vacuna. A pesar de que se han manifestado en pacientes de distintas partes, diferentes edades y en personas que se aplicaron la dosis de manera particular, éstas según el la exposición de motivos, han presentado síntomas similares que comenzaron a aparecer luego de la aplicación de la vacuna. “El aumento de casos en todo el país está generando malestar en la población que está siendo

desatendida por la institucionalidad colombiana. Una vez se hicieron visibles los síntomas mostrados por cientos de niñas en El Carmen de Bolívar, atribuido por sus familias a la aplicación masiva de la vacuna en cuestión, comenzaron a hacerse públicos casos en todo el país que han llegado hasta la Procuraduría General de la Nación”.

## 2.2 Cáncer de próstata

Proyecto de acuerdo 384 de 2015. Concejo de Bogotá

*“Por el cual se adopta la política distrital contra el cáncer del próstata y se dictan otras disposiciones”.*

Este proyecto del concejal Jorge Duran Silva, tiene como objeto diseñar y adoptar la política distrital contra el cáncer de próstata, la cual permita incentivar el examen periódico de próstata y enfrentar a tiempo la situación clínica de los hombres mayores de 40 años.

A su vez, el proyecto propone que las instituciones del Sistema Distrital de Salud, coordinadas por la Secretaria Distrital de Salud, harán la capacitación permanente a los médicos y profesionales en salud para que incluyan los antecedentes de cáncer en las historias clínicas correspondientes, así como la información a sus pacientes sobre los procedimientos para la detección temprana del cáncer de próstata.

Finalmente, el proyecto propone mantener actualizada la información de los pacientes, así como las estadísticas, en el observatorio distrital de cáncer de próstata para adoptar políticas sectoriales a tiempo.

Con este acuerdo se podría reducir la prevalencia de factores de riesgo de cáncer de próstata, al disminuir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, evitando que ocurran más muertes por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.



## 2.3 Cáncer infantil (leucemias agudas pediátricas)

Proyecto de ley 16 C. del 27 de julio de 2015. [Menores con cáncer]

*“Por medio de la cual se establece como urgencia médica la atención y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes con cáncer y se dictan otras disposiciones”*

Los representantes a la cámara Álvaro Hernán Prada Artunduaga, Santiago Valencia González, Carlos Alberto Cuero Valencia, Esperanza Pinzón de Jiménez, Alfredo Ramos Maya, Tatiana Cabello Flores y Pierre Eugenio García Jacquier del Centro Democrático, radicaron en la Comisión Séptima de la Cámara el proyecto de ley que busca establecer como urgencia médica la atención y tratamiento de menores con cáncer.

El proyecto también busca que las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud e IPS públicas y privadas, ajusten los servicios de atención de los niños, niñas y adolescentes en horarios, turnos y lugares próximos que faciliten la asistencia a los controles, exámenes diagnósticos, intervenciones paraclínicas y procedimientos necesarios.

El artículo 4 del proyecto propone modificar el párrafo 2º del artículo 13 de la ley 1388 de 2010, “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia” así:

**“PARÁGRAFO 2º:** En un plazo máximo de seis (6) meses, el Ministerio de Educación, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que oferten cualquier servicio de atención a los beneficiarios de la presente Ley, para que las ausencias en el colegio por motivo del tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico. El Ministerio de Educación establecerá procesos de regularización y nivelación escolar para los niños, niñas y adolescentes que una vez terminados sus tratamientos vuelvan al sistema escolar, haciendo uso de las tics, de igual manera dispondrá de un plan de apoyo emocional a los beneficiarios de la ley y a sus familias en los colegios públicos y privados”.

El proyecto de ley, presentado por la bancada del Centro Democrático el 21 de julio de 2015 y publicado en la Gaceta del Congreso 510 de

2015. El 3 de noviembre del mismo año, fue publicada la ponencia para primer debate, con sus respectivas modificaciones, a través de la Gaceta del Congreso 871 de 2015. Dentro de las modificaciones se presenta en el artículo 2, la urgencia médica como “toda situación de prevención, diagnóstico, tratamiento, recaída o complicación, directa o que afecte el pronóstico, la calidad de vida o la vida del menor con cáncer, inclusive, cualquier situación de inoportunidad, calidad, adherencia o desvío injustificado del plan de tratamiento. Dentro de los sesenta (60) días siguientes a la promulgación de esta ley, reglamentará lo pertinente y estandarizará los protocolos y guías de atención, los cuales serán obligatorios [...]”.

Por su parte fue modificado el artículo 4, correspondiente a la modificación de artículo 13 de la Ley 1388 de 2010 sobre servicio de apoyo social así:

“A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento para transporte entre zonas rurales, urbanas y entre áreas urbanas, apoyo psicosocial, escolar, apoyo nutricional en casa, orientación en ruta de atención, consulta social, articulación con redes de apoyo, auxilios de arrendamiento, gastos funerarios y complementos nutricionales de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del meno [...]”.

Finalmente, fueron designados como ponentes Germán Bernardo Carlosama López (Autoridades Indígenas de Colombia AICO), Esperanza Pinzón de Jiménez (Centro Democrático) y Ángela María Robledo Gómez (Alianza Verde).

Proyecto resolución 5820 del 23 de octubre de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. [AFCA y UACAI].

*“Por la cual se define el procedimiento, los estándares y criterios para la habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto “UFCA” y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI” y se dictan otras disposiciones”.*

El proyecto resolución considera las Leyes 1384 y 1388 de 2010, las cuales establecen acciones para la atención integral de cáncer en niños,

niñas y adultos, entre las cuales está la conformación de Unidades Funcionales. Según el artículo 4 de la Ley 1384 de 2010 regula que las Unidades Funcionales “Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer en adultos”. El artículo 5 de la Ley 1388 de 2010, por su parte, determina que las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, estarán en hospitales o clínicas de nivel tres y cuatro de complejidad pediátricos o con servicio de pediatría de nivel tres y cuatro.

El objeto del proyecto resolución es “definir el procedimiento, los estándares y criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto UFCA y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil UACAI, así como adoptar el Manual de Habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto UFCA y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil UACAI”.

Según el proyecto, las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto UFCA, son unidades que se encuentran en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y que tienen como función evaluar la salud de los pacientes adultos, con el fin de definir su manejo, garantizando la atención integral de los pacientes. Por su parte, las Unidades de Atención de Cáncer Infantil UACAI, son unidades que están en las IPS y que tienen servicios pediátricos de mediana y alta complejidad, centrada en menores de 18 años, que garantice una atención integral con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad e integralidad.

El proyecto resolución cuenta también con el procedimiento, estándares y criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer Adulto UFCA y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil UACAI, entre los cuales es estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Salud RESP, así como estar habilitados y certificados por la Entidad departamental o distrital en salud. Por su parte, para habilitar una UFCA UACAI, las IPS deben cumplir con:

1. Estándar de organización de las UFCA y las UACAI.

2. Estándar de gestión de la prestación de los servicios.

3. Estándar de seguimiento y evaluación a la gestión de prestación de servicios y a los resultados en salud.

### 3 ATENCIÓN, RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL CÁNCER

Según el Plan, los pacientes con cáncer, “habitualmente reciben tratamientos largos y complejos 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. La curación del cáncer (remisión completa, alcance de un estado de nulo o mínimo riesgo de recurrencia y recuperación del estado funcional), es posible solo para una proporción no mayoritaria de los casos y se relaciona estrechamente con el diagnóstico en estados tempranos. Conseguir los objetivos definidos depende entonces de las condiciones en las que se aplica el tratamiento como la calidad del mismo, la disponibilidad de tecnologías, el acceso a los servicios y la oportunidad en el suministro de las intervenciones terapéuticas. De acuerdo con los objetivos definidos, la rehabilitación (incluida la cirugía reconstructiva) es parte integral del tratamiento y debe incluir además del soporte físico, los servicios necesarios para que el paciente y su familia, satisfagan necesidades de diferente orden en todos los momentos de la enfermedad” (1 págs. 68, 69)

Decreto 2467 del 22 de diciembre de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

*“Por el cual se reglamentan los aspectos de que tratan los artículos 3, 5, 6 y 8 de la Ley 30 de 1986”.*

El decreto, reglamenta aspectos contenidos en la Ley 30 de 1986, especialmente el artículo 3 sobre “la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes, lo mismo que el cultivo de plantas de las cuales éstos se produzcan, se limitará a los fines médicos y científicos, conforme la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud”.

El objeto del decreto es reglamentar la tenencia y cultivo de semillas

y plantas de cannabis, así como regular los procesos de producción, fabricación, exportación, distribución, comercio, uso y tenencia, para fines médicos y científicos. A su vez, este adopta las siguientes definiciones: Actividades de investigación y desarrollo; área de cultivo; área de fabricación; autocultivo; beneficiario real; buenas prácticas agrícolas; buenas prácticas de laboratorio; buenas prácticas de manufactura; cosecha; cannabis; cultivo; derivados de plantas de cannabis; estupefaciente; exportación legal; e Importador legal. Según el proyecto, el cannabis es “el género de la planta que incluye tres especies diferentes: (i) Cannabis sativa, (ii) Cannabis indica y (iii) Cannabis ruderalis y/o híbridos, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es igual o superior al 1%”.

El Finalmente el decreto niega permisos a personas o entidades con antecedentes judiciales o involucradas en investigaciones penales, y que habrá una licencia especial para universidades que desarrollen investigaciones relacionadas con la planta y sus propiedades.

Comunicado 1036 del 13 de octubre de 2015. Procuraduría General de la Nación. [Cuidados paliativos]

*“Procurador General de la Nación presentó acción de cumplimiento para que el Gobierno Nacional reglamente la ley sobre cuidados paliativos”.*

EL procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez, presentó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca una acción de cumplimiento para ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social, cumplir la reglamentación de la Ley 1733 de 2014, sobre los cuidados paliativos.

Varios apartes de la citada ley le imponen al ejecutivo la obligación de reglamentar lo concerniente a los derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida (art. 5), siendo éstos el derecho al cuidado paliativo, a la información, a una segunda opinión, a suscribir el documento de voluntad anticipada, a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo, y el derecho al consentimiento sustituto para el cuidado paliativo en menores de 14 años y en pacientes que se encuentren inconscientes.

La Procuraduría le llama la atención al Ministerio de Salud, por darle prioridad a la reglamentación de la eutanasia (Resolución 1216 del 20

de abril de 2015), por encima de garantizar el derecho a los cuidados paliativos para el manejo integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles.

Finalmente para la Procuraduría resulta grave que la ausencia de reglamentación sobre cuidados paliativos termine por sustraer al paciente de opciones de vida digna y solo se le ofrezca como alternativa reglamentada para el manejo de enfermedades terminales, la opción de la eutanasia. Esto implica sin duda la afectación a los derechos fundamentales.

Comunicado 1257 del 21 de diciembre de 2015. Procuraduría General de la Nación

*“Tribunal Administrativo de Cundinamarca le da la razón a la Procuraduría General de la Nación y le ordena al Gobierno Nacional reglamentar la ley sobre cuidados paliativos”.*

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca declaró que el Ministerio de Salud y Protección Social no cumplió su obligación de reglamentar la ley sobre cuidados paliativos (Ley 1733 de 2014). Esto surgió debido a una acción de incumplimiento, presentada por el procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez Maldonado.

Antes de presentar la acción de cumplimiento, la Procuraduría asegura que había solicitado que se reglamentara lo concerniente a los derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, de alto impacto en la calidad de vida, siendo éstos el derecho al cuidado paliativo, a una segunda opinión y al documento de voluntad anticipada.

El Tribunal determina a través de un fallo que el Ministerio de Salud incumplió su obligación de reglamentar directamente la materia (en los 6 meses siguientes a la expedición de la ley, es decir, antes del 8 de marzo de 2015). Por tanto, ordenó que en el término de tres meses, contados a partir de la ejecutoria del fallo, el Ministerio de Salud deberá expedir la reglamentación.

Originalmente el Gobierno Nacional había objetado la ley de cuidados paliativos, alegando que era un tema de reserva de ley estatutaria, pero la Corte Constitucional no le dio la razón y declaró la exequibilidad de

la norma.

La ley ordenó reglamentar el deber adjudicado al Sistema General de Seguridad Social, en cabeza de toda EPS e IPS de cualquier régimen del sistema salud, de garantizar el tratamiento en cuidados paliativos, de acuerdo a los niveles de complejidad, y teniendo en cuenta un especial tratamiento para los niños, niñas y adolescentes, lo que a la fecha no se ha realizado.

Sin embargo, sin que mediara un mandato legal el Ministerio de Salud priorizó la reglamentación de la eutanasia (Resolución 1216 del 20 de abril de 2015) sobre aquella necesaria para garantizar el derecho a los cuidados paliativos para el manejo integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles.

Comunicado 5777 del 21 de agosto de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

*“Reducir enfermedades crónicas, prioridad de Minsalud”*

Durante la clausura del Noveno Congreso Internacional de Salud Pública, organizado por la Universidad de Antioquia, el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruíz Gómez, presentó el sistema de salud en Colombia junto con las alternativas de desarrollo centrado más en la prevención que en la atención de la enfermedad.

El Viceministro aseguró que desde los 55 años los colombianos tienen una alta carga de enfermedad crónica (cardiovascular, hipertensión, diabetes, cáncer) y que el país tuvo un creciente aumento en este tipo de enfermedades, según el último informe de carga de enfermedad de la Universidad Javeriana, de un 73% en 2005 al 83% en 2010. “De esa cifra, algo más del 20% está relacionado con la enfermedad cardiovascular. Con acciones de promoción y prevención puede evitarse un 70% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y reducir hasta en un 30% la mortalidad por cáncer”, aseguró Fernando Ruíz.

El Viceministro aseguró que por primera vez, el sistema definió una meta grande de ganancias en salud, en la que el compromiso es reducir en 8% la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Esto significa reducir el número de enfermedades prevenibles en 14 mil muertes, en

los próximos tres años, en la población de 30 a 70 años.

### Proyecto de ley 44 S. Comisión Primera [Donación de órganos]

*“Por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento”*

El proyecto de Ley del Senador Efraín Cepeta Sarabie (Partido Conservador), se radicó en la Comisión Primera el 5 de agosto de 2015, y tiene como objeto que la Registraduría Nacional del Estado Civil incluya dentro del trámite del trámite de expedición de la cédula de ciudadanía en cualquiera de sus modalidades, un formulario de la solicitud para que las personas manifiesten expresamente su deseo de ser donantes de órganos y tejidos, con el fin de que estos sean utilizados después de su fallecimiento, para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos. La voluntad de donación expresada en vida por una persona, solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos y/o familiares.

El proyecto está dirigido a donantes vivos en capacidad de decidir por sí mismos el destino de sus órganos y tejidos, si estos pueden ser empleados en procedimientos terapéuticos que suponen la extirpación y el posterior trasplante en personas que no vivirían sin ellos. Según el proyecto, todo ciudadano podrá modificar su decisión de ser o no donante de órganos y tejidos, mediante petición escrita radicada ante el Instituto Nacional de Salud, entidad a cargo de la administración del Registro Nacional de Donantes de Órganos.

El proyecto también pretende, que el Estado, a través del Ministerio de Salud, promueva campañas públicas que busquen educar a la población sobre la relevancia que reviste la donación de órganos, tejidos y líquidos orgánicos y salvaguarde, así mismo, la cadena de custodia de los órganos donados en todo el territorio nacional.

El 3 de septiembre de 2015 fue publicada la ponencia para primer debate, el cual fue aprobado en Comisión Primera del Senado del 15 del mismo mes. Fue designado como ponente el senador Roberto Gerlein Echevarría del Partido Conservador, quien en la publicación de la ponencia para segundo debate el día 30 de septiembre, hizo énfasis



en el hecho de entender que el tema de donación de órganos genera muchas posiciones, expectativas y acotaciones, pero que el proyecto no cuestiona la donación, ni pretende modificar la legislación que la regula.

Finalmente el 3 de diciembre de 2015 fue aprobado el segundo debate en Plenaria del Senado.

## 4 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES Y SOBREVIVIENTES CON CÁNCER

“Los pacientes con cáncer requieren un control permanente por los efectos que generan la enfermedad y el tratamiento y por el impacto que se presenta en la familia y en su entorno. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente.

Los tratamientos oncológicos específicos, se pueden aplicar tanto con intención curativa como paliativa. El propósito de los tratamientos paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia y evitar los efectos secundarios. La intervención de cuidado paliativo resulta fundamental y debería iniciarse tan temprano como sea posible” (1 págs. 73, 74).

## 5 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, indica que el conocimiento es “una información estructurada y organizada, que llega a constituirse en el fundamento de las prácticas. Se entiende la gestión del conocimiento como la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, generación y difusión de la información y del conocimiento de una manera eficiente. A su vez, la gestión de la tecnología incluye todas aquellas actividades que capacitan a una organización o a un conjunto de organizaciones, para hacer el mejor uso posible de la ciencia y la tecnología generada de forma externa o interna. Esto debe conducir hacia un mejoramiento de sus capacidades de innovación, de forma que ayuda a promocionar

la eficacia y eficiencia de las organizaciones para obtener ventajas competitivas. Esta línea estratégica contempla el núcleo central del modelo para el control del cáncer, punto de partida y evaluación de todas las estrategias: incluye vigilancia en salud pública, la investigación, el análisis de situación y la gestión del conocimiento y la tecnología” (1 pág. 76).

Resolución 681 del 6 de agosto de 2015. Instituto Nacional de Cancerología ESE

*“Por el cual se adopta la Política del Sistema de Gestión de la Tecnología Biomédica del Instituto Nacional de Cancerología ESE”.*

La Política del Sistema de Gestión de la Tecnología es un instrumento de gestión del Instituto Nacional de Cancerología con continuo mejoramiento, supervisado por el Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos, el cual debe velar por la actuación y cambios según las necesidades y condiciones institucionales.

Comunicado 5778 del 24 de agosto de 2015. Superintendencia de Industria y Comercio

*“Superindustria otorga 12 patentes a nuevos posibles fármacos para el tratamiento de la Hepatitis C”.*

La Superintendencia de Industria y Comercio, a través de su Delegatura para la Propiedad Industrial, concedió 12 patentes de invención, que corresponden a siete (7) nuevos compuestos, una (1) combinación de moléculas, dos (2) nuevas formas de presentación farmacéuticas y dos (2) procedimientos para la obtención de productos para combatir el virus de la Hepatitis C.

La Hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por un virus que produce infección aguda o crónica, cuya gravedad varía entre una dolencia que dura algunas semanas, y una enfermedad grave de por vida. Según un informe emitido en julio de 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en el mundo existen entre 130 y 150 millones de personas infectadas por el virus de la Hepatitis C y un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer del hígado”.

De todas las invenciones en el campo farmacéutico que obtuvieron patente en el 2014 en Colombia, las relacionadas con la Hepatitis C se encuentran en el quinto lugar luego de las del tratamiento de esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, cáncer de mama y diabetes. Esto demuestra la magnitud del problema del virus y la forma en que el sistema de patentes colombiano, administrado por la Superindustria, actúa para incentivar la investigación y el desarrollo de productos o procedimientos farmacéuticos, así como de alternativas que ayuden a combatir esa enfermedad.

“El hecho de que se encuentren 12 diferentes soluciones, evidencia la competencia que existe en el sector por producir nuevos productos y/o alternativas terapéuticas frente a una misma enfermedad, desmitificando que las patentes son monopolios que contrarían la libre competencia”, manifestó José Luís Londoño, Superintendente Delegado para la Propiedad Industrial.

## 6 DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Proyecto de ley 30 S. de 2015. Comisión Primera [Eutanasia]

*“Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones”*

El proyecto de ley de los senadores del Partido de la U Armando Benedetti, Roy Barreras y del representante a la cámara Alfredo Deluque, tiene como objeto “reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los pacientes sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida”. Es importante resaltar, que el senador Banedetti, ha radicado en varias ocasiones proyectos de ley sobre la eutanasia. En el 2008 con el número 44/08 S., radicado el 23 de julio y a pesar de haber sido aprobado el primer debate el 20 de octubre de 2008, fue archivado en debate el 20 de junio del año siguiente. Este proyecto determinaba el sistema de servicio de cuidados paliativos ofrecido por el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud. El proyecto de ley Estatutaria, 70 S. de 2012, fue aprobado en Comisión Primera del Senado, el primer debate éste,

radicado el 9 de agosto de 2012.

El proyecto de ley fue radicado el 30 de julio de 2015, y hasta el momento ha sido publicada la ponencia para el primer debate el 21 de octubre de 2015, y designado como ponente el senador del Partido Liberal, Juan Manuel Galán.

El proyecto que cuenta con 13 artículos, establece en el Capítulo I, las siguientes definiciones:

i) Eutanasia: Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;

ii) Suicidio asistido: Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el paciente, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;

iii) Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal o grave lesión corporal y que además, de acuerdo al registro médico eutanásico y al acta de defunción, ha terminado, por petición expresa del paciente, con su vida de una forma digna y humana o le ha proveído de los medios necesarios para lograr el mismo resultado;

iv) Médico de referencia: Es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del paciente que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia;

v) Confirmación médica: Significa que la opinión médica del médico tratante ha sido confirmada, en segunda instancia, por un médico

independiente, que a su vez, ha examinado al paciente y su respectiva historia clínica;

vi) Consejería: Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un psiquiatra y/o un psicólogo, o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el paciente que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún trastorno psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio;

vii) Decisión informada: Significa la decisión tomada por el paciente, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana, lo cual implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas: así como de las diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión;

viii) Enfermedad terminal: Significa enfermedad incurable e irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que le ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por el médico tratante, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

ix) Adulto capaz: Quiere decir una persona mayor de 18 años de edad y que en opinión de un tribunal, del médico tratante o del especialista, de un psiquiatra y/o un psicólogo o un grupo de apoyo, tenga la habilidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo o a través de sus familiares, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes;

x) Médico especialista: Es el profesional de la medicina que ostenta una especialidad académica en el campo de conocimientos que estudia la enfermedad por la cual el paciente es tratado.

El Capítulo II establece las condiciones, el procedimiento de cuidado debido, requisitos y contenido de la solicitud, petición escrita completada por los familiares o por el médico tratante, y petición por instrucción médica.

El Capítulo III sobre Registro Médico Eutanásico”, establece las obligaciones del médico tratante. El Capítulo IV por su parte establece el mandato, las funciones y la composición de la Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, la cual debe garantizar los derechos de los pacientes y el procedimiento debido.

Comunicado 205 del 6 de agosto de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

*“El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, expuso nuevamente los alcances de la Resolución 1216 de 2015”.*

En el Foro de Eutanasia llevado a cabo en agosto de 2015, organizado por la fundación Buen Gobierno y la Universidad del Rosario, el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, expuso nuevamente los alcances de la Resolución 1216 de abril de 2015 que reglamenta el derecho a morir con dignidad, cumpliendo la “orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”. Dicha resolución asegura que el derecho a la muerte anticipada protege la autonomía de las personas y respeta la dignidad de los pacientes con enfermedad terminal, tal y como lo ordena la Corte Constitucional, las sentencias T-970 de 2014 y C-239 del año 1997.

Según la sentencia C-239, “Condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia cuando no lo desea y padece de profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumado, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y autonomía como sujeto moral”.

Alejandro Gaviria señaló que el Ministerio de Salud fue consciente de sus límites al fijar salvedades que deben ser profundizadas por el Congreso de la República. Por ejemplo, no se reglamentó la muerte digna para

menores de edad, el consentimiento sustituto (salvo con voluntad previa constatable expresada por el paciente), ni el procedimiento para personas con enfermedades crónicas o degenerativas no terminales.

Sobre la objeción de conciencia el Ministro dijo que no aplica institucionalmente sino a título personal y que la IPS debe elegir en 24 horas a un médico que realice el procedimiento. El Ministro explicó, una razón práctica que llevó a descartar la objeción de conciencia institucional: “trasladar a un paciente con enfermedad terminal de una clínica a otra, para que le practiquen la eutanasia, sería antiético y prácticamente imposible”.

La ruta para el derecho a una muerte digna es la siguiente:

1. Voluntad expresa del paciente con enfermedad terminal.
2. Valoración objetiva del médico tratante que determine si existe una enfermedad terminal y si la persona está en pleno uso de razón.
3. El médico le debe expresar claramente al paciente sus opciones (la prolongación de la vida, la limitación del esfuerzo terapéutico, los cuidados paliativos o la muerte anticipada).
4. El Comité Interdisciplinario de la IPS (conformado por un psiquiatra, un médico, un psicólogo y un abogado) verifica que se cumplan los criterios dispuestos por la Corte Constitucional y reglamentados por el Ministerio. Si el comité autoriza, designa al médico encargado realizar el procedimiento.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal Para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá, D.C : Buenos y Creativos, 2012.

## 8 FUENTES DE INFORMACIÓN

•Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Buenos y Creativos. Bogotá, D.C, 2012.

•Presidencia de la República de Colombia. [En línea] [Citado: diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co>

• Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia Empresa Industrial y Comercial del Estado. [En línea] [Citado: diciembre de 2015] 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 2015] 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 2015] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>

•Ministerio de Salud y Protección Social. [En línea] [Citado: diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad>

• Corte Constitucional de Colombia. [En línea] [Citado: diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co>

•Secretaría Distrital de Salud. [En línea] [Citado: diciembre de 2015]. 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 2015] Disponible en: <http://www.congresovisible.org>



•Artículo 20. [En Línea] [Citado: diciembre de 2015]. Disponible en:  
<http://www.articulo20.com.co>



Instituto Nacional  
de Cancerología-ESE  
Colombia

Si desea recibir mensualmente este boletín directamente en su correo electrónico, por favor póngase en contacto con la autora:

CAROLINA SERRANO DUQUE

[cserranod@cancer.gov.co](mailto:cserranod@cancer.gov.co)

Grupo Políticas y Movilización Social  
Instituto Nacional de Cancerología ESE



Los derechos de este boletín están bajo la siguiente licencia de Creative Commons 3.0

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):

No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.



