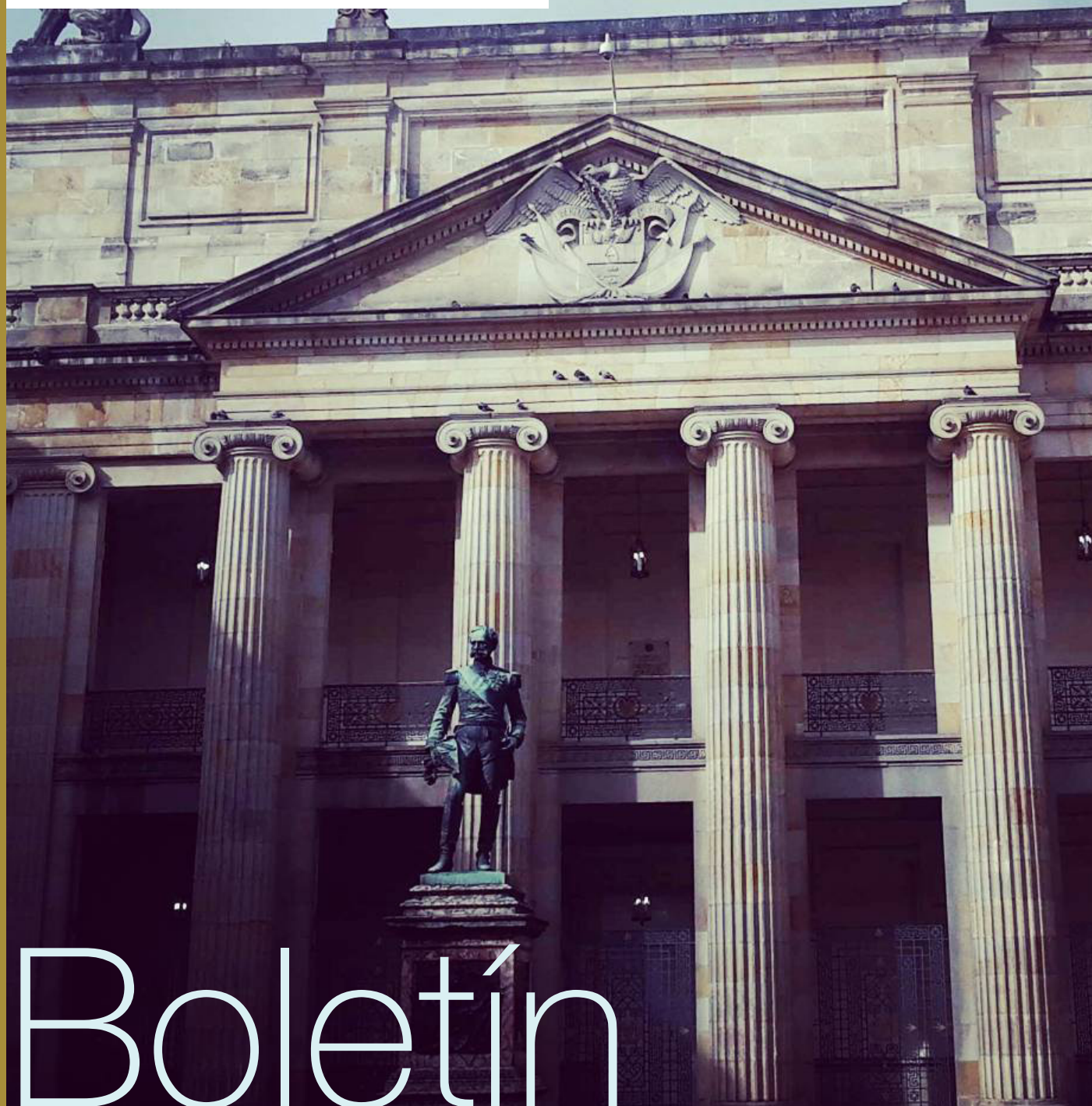




Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer



Boletín

de Seguimiento Legislativo y Político

PRIMER SEMESTRE 2015

ISSN: en trámite

Ministerio de Salud y
Protección Social
Instituto Nacional de
Cancerología E.S.E
Grupo Políticas y Movilización
Social

Boletín semestral de Seguimiento
Legislativo y Político
Primer semestre de 2015
Bogotá D.C., Septiembre de 2015

Carolina Wiesner Ceballos
Directora General (E)

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

Oscar Gamboa
Coordinador
Grupo Área Salud Pública

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

Camilo Zuluaga H.
Coordinación editorial
cezuluaga@cancer.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



BOLETIN PRIMER SEMESTRE DE 2015

SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN PARA EL CONTROL DEL CÁNCER Y FACTORES DE RIESGO

Segundo Periodo Primera Legislatura

(16/03/2015 – 20/06/2015)

TABLA DE CONTENIDO

1. Ley Estatutaria de reforma a la salud	1
2. Ley 1753 del 9 de junio de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”	3
3. Control del Riesgo (prevención primaria)	5
3.1 Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados	5
4. Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales	7
4.1 Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol	9
4.2 Promoción de una alimentación saludable	10
4.3 Promoción de la Actividad Física	10
5. Detección temprana de la enfermedad	11
5.1.1 Cáncer de cuello uterino	11
5.1.2 Cáncer de mama	11
5.1.3 Cáncer de Próstata	12
5.1.4 Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas)	12
6. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer	13
7. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer	13
8. Formación y desarrollo del talento humano	14
9. Derecho a morir dignamente	14
10. FUENTES DE INFORMACIÓN	16
11. Bibliografía	17

BOLETIN PRIMER SEMESTRE DE 2015 SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN PARA EL CONTROL DEL CÁNCER Y FACTORES DE RIESGO Segundo Periodo Primera Legislatura (16/03/2015 – 20/06/2015)

Este boletín correspondiente al segundo periodo de la primera legislatura¹ del cuatrienio 2014-2018, tiene como objeto dar a conocer los proyectos de ley que se discutieron en el Congreso de la República durante el primer semestre de 2015, así como normas y comunicados relacionados con las líneas estratégicas del Plan Decenal Para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, para así aportar elementos y acciones a nivel político y normativo para el control del cáncer y sus factores de riesgo.

1. Ley Estatutaria de reforma a la salud

Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. [Ley Estatutaria de salud]

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

El presidente de la República Juan Manuel Santos, sancionó el 16 de febrero la Ley Estatutaria² 1751 de 2015, con la cual queda constitucionalmente consagrada la salud como un derecho fundamental y no como un servicio público obligatorio, como lo establece el Artículo 49³ de la Constitución Política de Colombia. Sin embargo, la reforma no cambia sustancialmente el sistema de salud, pues no elimina la intermediación financiera, ni las interminables autorizaciones, así como tampoco fortalece la rectoría del Estado. Aunque la reforma es un logro importante Finalmente, continúa con el esquema privatista de la prestación de un derecho fundamental, actualizando el modelo de la Ley 100, sin modificaciones sustanciales.

Antecedentes del proyecto de ley 267/13 C. 209/13S.

El proyecto de ley estatutaria fue radicado por el Gobierno Nacional el 19 de marzo de 2013, con la participación de los miembros de la Gran Junta Médica. Sin embargo, desde la radicación del proyecto en el Senado, el Ministro Gaviria advirtió que no consideraba necesaria una Ley Estatutaria, sino una Ley Ordinaria⁴ que corrija los problemas financieros del sistema de salud. El 7 de mayo de 2013 la mesa directiva de las Sesiones Conjuntas de las Comisiones Primeras del Senado y de la Cámara, pidió convocar el proyecto a audiencia pública para que todos los interesados en la iniciativa presentaran sus opiniones y observaciones. Dicha audiencia se realizó el 14 de mayo del mismo año con la participación de la Gran Junta Médica, Representantes de las Asociaciones de Pacientes de Alto Costo, Representantes de la Central de Trabajadores, el grupo jurídico de la ANDI, la Directora

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

2 Las leyes estatutarias son utilizadas para el proceso de textos constitucionales, los cuales reconocen y garantizan los derechos fundamentales. A través de este tipo de ley se garantizan las normas referentes a la salud, el empleo, la educación, la administración de justicia, entre otros. Es importante aclarar que para sancionar, modificar o derogar una Ley Estatutaria, se necesita la mayoría absoluta de los integrantes del cuerpo colegiado, no sólo de los asistentes y debe ser revisado por la Corte Constitucional.

3 “Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado

de Gestarsalud, el Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC, la Presidenta de La Asociación Nacional de Internos Residentes ANIR, el Presidente Ejecutivo de Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, el Ministro de Salud y Protección Social, entre otros. Los ponentes de la Comisión Primera de Senado presentaron la Ponencia para primer debate el 21 de mayo de 2013 y al día siguiente lo hicieron los ponentes de la Comisión Primera de Cámara. Los dos informes de ponencia contemplaron lo siguiente:

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

El primer y tercer debate se aprobaron el 5 de junio de 2013 en sesiones conjuntas de las Comisiones Primeras de Cámara y Senado. El 12 de junio fueron publicadas las ponencias para segundo y cuarto debate. El 18 de junio fue aprobado el proyecto en la Plenaria del Senado, previa presentación de una proposición sustitutiva al texto propuesto para segundo debate, aprobado en las comisiones primeras conjuntas, las cuales votaron y aprobaron el proyecto. Ese mismo día fue aprobado en Plenaria del Senado el cuarto debate. El 19 de junio el proyecto pasó a Conciliación y el 20 fue aprobado en Plenaria de Senado y Cámara. Desde la radicación en el Senado del Proyecto de Ley, el Ministro Gaviria advirtió que no consideraba necesaria una ley estatutaria. Durante la legislatura en la cual se tramitó el proyecto de ley, quedó claro que el derecho fundamental a la salud pasó a un segundo plano y se centró en intereses de los Congresistas y no del bien común de los colombianos. Incluso, algunos congresistas consideraron que la Conciliación del proyecto tuvo muchas alteraciones, lo cual incluso llegó a afectar el trámite correspondiente, ya que el proyecto debió haberse aprobado en Conciliación el 19 de junio de 2013 y no el día en el que terminaba la legislatura (20 de junio), para que así hubiera sido enviado y revisado por la Corte Constitucional según el trámite legal. El proceso legislativo del proyecto de ley así como el contenido del mismo, demostró una carencia de perspectivas claras, necesarias y suficientes que puedan superar la crisis de la salud. Los problemas más destacables del proyecto aprobado en el Congreso de la República fueron los siguientes:

oEl derecho a la salud podría estar sujeto a la sostenibilidad fiscal;

oLa falta de la figura del Defensor del Usuario;

oLa falta de claridad sobre el alcance de la tutela;

oLa no eliminación de las EPS;

oLa falta de claridad en cuanto a la adquisición de la póliza de salud por parte de empleados

organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad [...].”

4 Tipo de ley que no pertenece a las categorías de estatutaria, orgánicas o marco y que para su aprobación requieren mayoría simple de los miembros asistentes. La mayoría simple se usa en todas las decisiones que se someten a votación, planteando que las decisiones deben tomarse según la mayoría de los votos.

independientes y personas mayores de 18 años, que no continúan sus estudios o no logran la vinculación laboral.

El proyecto terminó su trámite en el Congreso de la República y entró a revisión de la Corte Constitucional, la cual casi un año después lo declaró exequible a través de la Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014. Sin embargo, la Corte moduló y condicionó varios artículos y párrafos que restringían el derecho a la salud, los cuales se habían aprobado en el Congreso de la República, tales como la tutela que según la Corte, es el único medio real para la protección del derecho a la salud, así como el criterio médico que debe estar por encima de la sostenibilidad financiera y fiscal.

La Sentencia de la Corte cambió el panorama del proyecto aprobado en el Congreso de la República, ampliando así la visión del derecho, pues transformó los límites del mismo hacia la salud como un derecho fundamental y un deber indelegable del Estado. Es importante resaltar que la Sentencia C-313 generó una controversia entre los Magistrados de la Corte Constitucional y el Ministro Alejandro Gaviria, quien solicitó que el proyecto regresara al Congreso, debido a que éste no era el que se había aprobado en el Congreso de la República. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, resultó finalmente ser un logro frente a la salud como un derecho fundamental.

2. Ley 1753 del 9 de junio de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”

El Plan tiene como objeto “construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible”. El PND contiene los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental del segundo Gobierno de Juan Manuel Santos, así como los presupuestos plurianuales de los programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución con sostenibilidad fiscal.

Antecedentes del proyecto de ley 138 S. 200 C. de 2015

El proyecto, radicado el 6 de febrero por el Ministro de Hacienda y Crédito Público, Mauricio Cárdenas, tiene como objeto “construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno Nacional, con los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y con la visión de planificación de largo plazo prevista por la Agenda de Desarrollo post 2015”

El 17 de marzo fue publicada la ponencia para primer y tercer debate, los cuales fueron aprobados conjuntamente en Comisiones Tercera y Cuarta el 19 de marzo. El 22 de abril fue publicada la ponencia para segundo debate y aprobado en Plenaria del Senado el 29 de abril. El 27 de abril fue publicada la ponencia para cuarto debate y aprobado en Plenaria del Senado el 5 de mayo. Finalmente el 6 de mayo fue aprobada la Conciliación en plenaria de Senado y Cámara, luego de hacer unas correcciones de fondo, aunque no de contenido (reacomodación de articulado, correcciones ortográficas, etc). Es importante resaltar que ni el proyecto de ley ni el texto definitivo del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, contaron con un capítulo específico para la salud, sino dentro de la estrategia transversal de Movilidad social, que cuenta con 11 artículos referentes a la salud:

Artículo 65°. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, así como las demás leyes, definirá la política en salud, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Artículo 66°. Del manejo unificado de los recursos Este boletín presenta la información más importante

con respecto a los avances, cambios y publicaciones de los proyectos de ley, legislación y jurisprudencia, desarrollo de políticas públicas, relacionados con el control del cáncer y sus factores de riesgo destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este artículo crea Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, como una empresa industrial y comercial del Estado. La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

Artículo 67°. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 68°. Medidas especiales. Este artículo estipula que “el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113° del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Artículo 69°. Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos.

Artículo 70°. Patentes y Licencias Obligatorias.

Artículo 71°. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos.

Artículo 72°. Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos.

Artículo 73°. Procesos de cobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud.

Lo que el Plan establece frente al sistema de salud es una reforma al modelo financiero y operativo, algo que ya había planteado el Ejecutivo en el caído proyecto de ley ordinario 210/13 S, “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. El Plan crea un fondo para la salud que sustituya al actual FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), a través de una nueva unidad de gestión estatal, adscrita al Ministerio de Salud y que administre los fondos de la salud.

Sin embargo, sin una reforma integral al sistema de salud, dicha propuesta no asegura la sostenibilidad financiera ni su legitimidad. El Plan Nacional de Desarrollo no es el espacio en el cual debe llevarse a cabo la reforma del sistema de salud.

Las bases conceptuales y las principales características sobre las que se fundamenta el “SGSSS” permanecen intactas: Tratar a la Salud como un “Servicio Público”, un derecho prestacional y no como un derecho humano Fundamental, enfocar el Sistema en la Atención de la Enfermedad, la “Competencia regulada entre agentes”, el Subsidio a la demanda, la separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas, la Fragmentación de servicios de salud, la segmentación por la existencia de regímenes Subsidiado y Contributivo debido a distintas fuentes de financiación, reflejando una segmentación social según la capacidad de pago o la vinculación en el mercado laboral.

El cambio más notorio es la creación de una unidad de Gestión del Estado que administre los recursos.

Así las cosas, el Plan se centra en regular el mercado de la salud, y no en el fortalecimiento de la salud como un derecho fundamental, ni en la salud pública, la promoción y prevención, el talento humano, ni el modelo de atención Integral.

El PND no ofrece entonces cambios sustanciales en el actual sistema de salud y mucho menos se articula con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pues sigue tratando a la salud como un negocio y una prestación de servicio y no como un derecho fundamental.

3. Control del Riesgo (prevención primaria)

“El control del riesgo del cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se han identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica” (1 pág. 45).

3.1 Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados

Proyecto de Ley 210 C. del 18 de mayo 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 marzo de 2015, fue radicado por el Representante a la Cámara por el Cauca Oscar Ospina Quintero (Alianza Verde), el proyecto de ley 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%⁵ a un 80% y prohibir completamente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, incluidos los puntos de venta.

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: “Prohíbese 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: “Prohíbese 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”.

⁵ Las advertencias sanitarias tienen el objeto de alertar a la población sobre los riesgos y las consecuencias que conlleva el consumo de tabaco como los problemas durante el embarazo, el cáncer, la impotencia sexual, los problemas oculares, el infarto cerebral, las graves consecuencias del humo de segunda mano, etc.

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".

El 19 de mayo el Instituto Nacional de Cancerología ESE emitió un concepto favorable señalando que si el proyecto se sanciona, podría ayudar a disminuir uno de los factores de riesgo más fuertes del cáncer en Colombia: el tabaquismo. A su vez, el INC señaló que las advertencias sanitarias tienen el objeto de alertar a la población sobre los riesgos y las consecuencias que conlleva el consumo del tabaco como los problemas durante el embarazo, el cáncer, la impotencia sexual, los problemas oculares, el infarto cerebral y las graves consecuencias sobre el humo de segunda mano, etc. Finalmente, el INC manifestó su interés de acompañar los espacios necesarios para que este (proyecto de ley) sea sancionado como ley.

El 27 de mayo fue publicada la ponencia para el primer debate y asignados como ponentes los Representantes a la Cámara: Didier Burgos Ramírez (Partido de la Unidad Nacional), Rafael Romero Piñeros (Partido Liberal) y Oscar Ospina Quintero (Alianza Verde).

Finalmente, el 19 de junio el proyecto fue archivado por tránsito de legislatura. Sin embargo, el 20 de julio de 2015, el proyecto fue nuevamente radicado en la Comisión Séptima, con el número 07 de la Cámara.

Proyecto de ley 96 de septiembre 2014 C. [Cigarrillos electrónicos]

"Por medio del cual se regula la comercialización, distribución, publicidad y promoción de sistemas electrónicos de administración de nicotina y cigarrillos electrónicos".

El proyecto ley radicado el 11 de septiembre del 2014 por el Senador del Partido de la Unidad Nacional, Óscar Mauricio Lizcano, tiene como objeto proteger a la población colombiana, especialmente a los menores de edad, de los efectos de los cigarrillos electrónicos. La protección que pretende el proyecto, se hace especialmente al consumidor de este tipo de productos, quien según el proyecto, se ha visto engañado por inciertas afirmaciones sobre sus consecuencias a la salud y uso terapéutico. Además, con esta medida se pretende evitar la proliferación del tabaquismo, cumpliendo con los compromisos internacionales que tiene Colombia en la materia.

El proyecto establece que sus disposiciones deberán aplicarse sin perjuicio en todo lo determinado en la Ley 1335 de 2009. A su vez, prohíbe la venta, distribución y promoción a menores de edad, de sistemas electrónicos que contengan nicotina, incluyendo los cigarrillos electrónicos, cartuchos, etc, así como su utilización en espacios públicos y la publicidad.

El 18 de septiembre fue publicada la ponencia para el primer debate, cuyo ponente fue el Representante a la Cámara de Alianza Verde, Óscar Ospina Quintero. El 8 de abril de 2015 fue aprobado el primer debate y el 27 de mayo fue publicada la ponencia para el segundo debate, cuyos Ponentes fueron Didier Burgos Ramírez de Partido Social de Unidad Nacional, José Elver Hernández Casas del Partido Conservador y Rafael Romero Piñeros del Partido Liberal. Actualmente el proyecto se encuentra en la publicación del segundo debate.

Circular 003 del 4 de febrero de 2015. Procuraduría General de la Nación.

"Cumplimiento de normas constitucionales y legales en materia de control al consumo del tabaco en cualquiera de sus manifestaciones, para proteger la salud de los colombianos".

La Procuraduría General de la Nación a través de la Circular 003 de 2015, le solicita a diversas entidades

del orden nacional, territorial y municipal, ejercer la vigilancia y cumplir con las disposiciones normativas existentes para el control del tabaco en Colombia, en cumplimiento con el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud –OMS– del 21 de mayo de 2003, el cual fue aprobado en Colombia con la Ley 1109 de 2006 y adherido el 10 de abril de 2008.

El Artículo 5.3 del Convenio hace referencia al compromiso de los países parte de evitar cualquier acción con la industria tabacalera así: “A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las partes actuarán de una manera que protejan dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional”.

Las entidades del Estado por su parte, deben abstenerse de aprobar, apoyar, asociarse, patrocinar o difundir cualquier iniciativa de responsabilidad social empresarial, proveniente de la industria tabacalera o de sus fundaciones, que desconozcan la Ley 1335 de 2009 y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

4. Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

Proyecto de ley 148 de 2015. [Ambiente libre de plomo]

“Por medio del cual se establecen disposiciones para garantizar el derecho de los niños y niñas a desarrollarse física e intelectualmente en un ambiente libre de plomo, se fijan límites para el contenido de plomo en productos comercializados en el país y se dictan otras disposiciones”.

El proyecto de ley radicado el 25 de marzo de 2015, por la Senadora del Partido Conservador Nadia Georgette Blel Scaff, tiene como objeto garantizar que el desarrollo físico, intelectual y la salud de las personas, especialmente de los niños y niñas no sean afectados por la presencia de metales pesados como el Plomo (Pb). El proyecto a su vez propone establecer límites al contenido de plomo en procesos industriales y fijar lineamientos generales que permitan prevenir la contaminación ambiental y la intoxicación por plomo, así como enfermedades producto de la exposición al metal.

El ámbito del proyecto está encaminado a todos los agentes públicos y privados, ya sean personas naturales o jurídicas, que intervengan en la utilización, fabricación, distribución y venta de objetos que contengan plomo.

Según el proyecto, “Se declara de interés general la regulación que permita controlar, en una forma integral, la contaminación por plomo. El Estado, a través de las distintas dependencias, o entidades promoverá acciones tendientes a la prevención primaria, dirigida a evitar la contaminación con plomo como primera instancia. Y ejecutará acciones consistentes en alejar a la persona de la fuente de exposición al plomo y en todo caso, restablecimiento de la salud, evitando que el plomo que ya está en el organismo de una persona siga produciendo daño (...)”.

El 26 de mayo de 2015 fue aprobado en la Comisión VII del Senado el primer debate del proyecto. Por su parte, el 10 de junio fue publicada la ponencia para segundo debate del proyecto.

Es importante resaltar que el 1 de junio de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió un concepto jurídico en el cual se considera que el proyecto de ley propone una regulación genérica, que podría ocasionar inconvenientes para los encargados de su aplicación, pues no define los elementos propios de un régimen sancionatorio. A su vez el concepto establece que “la vigilancia de la calidad e inocuidad de los productos de uso doméstico, tales como cosméticos y juguetes infantiles, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y al Invima y no a la autoridad ambiental”. Por tanto es inconveniente atribuir una competencia a otra autoridad cuando ya existen entidades estatales especializadas en la materia y que la han estado cumpliendo.

Concepto 2651 del 24 de abril de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

“Concepto del Ministerio de Salud y Protección Social ante la reciente clasificación del glifosato en la categoría 2ª de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer –IARC”.

El Ministerio de Salud y Protección Social, emitió un Concepto dirigido al Consejo Nacional de Estupefacientes sobre la nueva clasificación del glifosato por parte de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer IARC como grupo 2A, el cual indica no solo un daño grave e irreversible a la salud, sino que es “probablemente carcinogénicos para humanos”. Según la IARC la exposición del glifosato puede estar relacionada con la generación de linfoma no-Hosking, así como de cáncer renal, hemangiosarcoma, tumores de piel y adenoma pancreático.

La clasificación de la IARC representa una advertencia ineludible de efectos adversos a la salud y por tanto configura un escenario en el que existen efectos nocivos del glifosato, por lo que es necesaria una medida de precaución. Por tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social como ente encargado de proteger la salud pública y acatando las ordenes de la Corte Constitucional, recomendó en el mes de abril del presente año, suspender inmediatamente el uso del glifosato en las operaciones de aspersión aérea para la erradicación de cultivos ilícitos del Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos.

Comunicado 5702 del 28 de abril de 2015. Ministerio de Defensa

“Ministerio de Defensa asegura que la aspersión es una herramienta clave en la lucha contra cultivos ilícitos”.

El entonces Ministro de Defensa, Juan Carlos Pinzón, aseguró que en las regiones donde se suspendió la aspersión del glifosato, los cultivos de coca se incrementaron y que por tanto la decisión de suspenderlos debía exigir más concertación y análisis científicos profundos. Según Pinzón, “debe haber coordinación detallada en estos casos; me parece que uno no puede oponerse a posiciones que tienen contenido científico técnico, pero también está claro que hay múltiples estudios sobre estos temas que no son concluyentes, que incluso invitan a un análisis mucho más científico, mucho más detallado [...] Lo cierto es que nosotros vamos a seguir evaluando estrategias y fórmulas, porque no podemos permitir que se termine beneficiando a la delincuencia, la criminalidad y el terrorismo. Nosotros tendremos que seguir con las aspersiones hasta se tome alguna determinación”.

El Ministro aseguró que lo primordial es el bien común y la aspersión del glifosato es una herramienta de lucha contra el terrorismo, las bandas criminales y la delincuencia, lo cual no debería hacerse por un análisis que no ha sido muy detallado, pues según el entonces Ministro Pinzón, los estudios de la IARC no son concluyentes.

Comunicado 400 del 29 de abril de 2015. Procuraduría General de la Nación

“Suspender la aspersión conducirá a crear santuarios para el narcotráfico”.

Según el jefe del Ministerio Público, Alejandro Ordoñez, prohibir la aspersión del glifosato sin fundamento científico es una decisión de carácter político, ya que la recomendación del Ministerio de Salud coincide con la exigencia de las FARC en La Habana. A través de un comunicado enviado al Ministro de Justicia, Yesid Reyes Alvarado, el Procurador aseguró que la suspensión de aspersión no debe comenzar hasta que no se firme el Acuerdo de Terminación del Conflicto Armado, pues eso sería “como dar el derecho a gobernar en este tema a los narcotraficantes”.

El jefe del Ministerio Público, advirtió que suspender las fumigaciones ante una recomendación que “carece de base científica” por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, es “el golpe de gracia a la política contra los cultivos ilícitos”, puntualizando que no existen razones científicas, pero sí múltiples prejuicios para sustentar dicho planteamiento.

Según la Procuraduría, al analizarse diversos “documentos se evidencia que a la luz de la información oficial disponible en Colombia, correspondiente a datos del sistema de salud, no existen para las entidades públicas (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología y Banco de la República) elementos de juicio que permitan concluir que hay una mayor incidencia de procesos neoplásicos (cáncer) específicos en alguna región del país, relacionado con el consumo de productos agroquímicos que tenga principio activo glifosato, bien sea en su uso agrícola o en su empleo en la aspersión de cultivos ilícitos, esto es, aplicable a cáncer en general y a leucemias y linfomas”.

Finalmente, el Procurador Ordóñez aseguró que en Colombia existen 18 marcas comerciales productoras de agroquímicos que contienen principio activo de glifosato y que no existe evidencia de incrementos en la tasa de cáncer o en la tasa de mortalidad en Colombia con relación a la exposición de herbicidas con dicho principio activo.

Comunicado 5712 del 13 de mayo de 2015. Presidencia de la República de Colombia

“Congresistas del Partido Demócrata de los Estados Unidos manifestaron su respaldo al Presidente Juan Manuel Santos con respecto a la decisión de suspender las aspersiones aéreas con glifosato”.

Diecinueve legisladores estadounidenses enviaron una carta al Presidente de la República, Juan Manuel Santos, en la que afirman que la suspensión de las fumigaciones con glifosato no solo permite sanear el impacto a la salud y el medio ambiente, sino que es un avance de la política anti-drogas, ya que no existe una relación entre la fumigación y la reducción de los cultivos de coca. Así mismo, manifestaron que conocieron de primera mano testimonios de personas cuya salud ha sido dañina por dicha fumigación.

Los legisladores estadounidenses, advierten el impacto negativo que la fumigación le hace a las poblaciones marginalizadas, como a grupos indígenas y comunidades afro colombianas, lo cual además deteriora la credibilidad del gobierno en regiones en donde su presencia es baja.

4.1 Control del riesgo de consumo nocivo de alcohol

Proyecto de ley 118 del 23 de Septiembre de 2014 C. [No exhibición de bebidas alcoholicas]

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

Este proyecto de ley del Representante a la Cámara del Movimiento Político Cien por Ciento por Colombia, Yahir Fernando Acuña Cardales, busca prohibir la exhibición de productos que contengan alcohol y sus derivados en todos los establecimientos de comercio, ventas al por menor y ambulantes, ya que son estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de consumo de alcohol. La prohibición no cubre la exposición temporal de los envases de alcohol mientras se expende el producto o se abastece el establecimiento de comercio por parte de su distribuidor.

Finalmente, el proyecto de ley 118 únicamente llegó hasta su publicación y el 19 de junio de 2015 fue archivado por tránsito de legislatura, en concordancia con lo establecido en el Artículo 90 de la Ley 5 de 1992⁶.

⁶ “Tránsito de legislatura. Los proyectos distintos a los referidos a leyes estatutarias que no hubieren completado su trámite en una legislatura y fueren aprobados en primer debate en alguna de las Cámaras, continuarán su curso en la siguiente en el estado en que se encontraren. Ningún proyecto será considerado en más de dos legislaturas”.

4.2 Promoción de una alimentación saludable

Proyecto de acuerdo 154 del 24 de abril de 2015. Concejo de 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”.

Este proyecto de ley del Representante a la Cámara del Movimiento Político Cien por Ciento por Colombia, Yahir Fernando Acuña Cardales, busca prohibir la exhibición de productos que contengan alcohol y sus derivados en todos los establecimientos de comercio, ventas al por menor y ambulantes, ya que son estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de consumo de alcohol. La prohibición no cubre la exposición temporal de los envases de alcohol mientras se expende el producto o se abastece el establecimiento de comercio por parte de su distribuidor.

Finalmente, el proyecto de ley 118 únicamente llegó hasta su publicación y el 19 de junio de 2015 fue archivado por tránsito de legislatura, en concordancia con lo establecido en el Artículo 90 de la Ley 5 de 1992 .

La obesidad es una enfermedad crónica definida como una acumulación excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. Ésta es actualmente el sexto factor de riesgo de muerte a nivel mundial, al morir cada año alrededor 3,4 millones de personas adultas. Además, el 44% de la diabetes es por obesidad, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% es la causa de algunos cánceres. Por tanto, la obesidad aumenta los riesgos de mortalidad prematura en la población relacionada con enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (colon, mama, esófago, útero, ovarios, riñones y páncreas).

El proyecto se fundamenta entre otras normas con la Ley 1355 de 2009 “Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”; y la Resolución 3429 de 2010, la cual establece la gestión y los lineamientos nutricionales en los colegios públicos y privados y crea a través de Secretarías del Distrito Capital, una estrategia de prevención del sobrepeso y la obesidad.

4.3 Promoción de la Actividad Física

Proyecto de ley 55 de 2014. [Sistema nacional del deporte]

“Por medio de la cual se modifica y se introducen nuevas disposiciones a la Ley 181 de enero 18 de 1995 sobre fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física; se crea el Sistema Nacional del Deporte”.

Este proyecto radicado el 30 de julio del 2014 por el Representante a la Cámara por el Valle del Cauca, Álvaro López Gil (Partido Conservador), pretende el reconocimiento fiscal al deporte, es decir, incluir recursos de la Nación en el presupuesto general para el deporte.

El deporte es un gasto público social, por lo cual los recursos son fundamentales para darle viabilidad a los programas del deporte, la recreación, la educación física y la salud, que incluye seguridad social para el deportista y su familia (salud, pensión y riesgos laborales). El proyecto propone la creación del Ministerio del Deporte y el fortalecimiento de las políticas orientadas a la población del posconflicto y la recomposición del tejido social.

Finalmente, el proyecto de ley 55 de 2014 únicamente llegó hasta su publicación y el 19 de junio de 2015 fue archivado por tránsito de legislatura, tal como lo estipula el Artículo 190 de Ley 5 de 1992.

5. Detección temprana de la enfermedad

“La detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea” (1 pág. 58).

5.1.1 Cáncer de cuello uterino

Acuerdo 593 del 27 de mayo de 2015. Alcaldía del Distrito Capital [Prevención cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y de leucemias agudas pediátricas en niños, niñas y adolescentes]

“Por medio del cual se establece la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y de leucemias agudas pediátricas en niños, niñas y adolescentes del distrito capital”.

El artículo 8 de Plan de Desarrollo Distrital 2012 – 2016, sobre “Acceso Universal y efectivo a la salud”, hace referencia al proyecto que busca la reorganización del sector salud para universalizar la atención integral, mejorar la calidad de vida y la prestación de los servicios de salud, centrándose en el acceso oportuno, con calidad y de manera gratuita para los usuarios de la capital y especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad.

Así, e Distrito, a través de la Secretaría de Salud, establece prevención del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y leucemia en niños y jóvenes de Bogotá adoptará las medidas para promover, prevenir, garantizar el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento integral, la rehabilitación y el cuidado paliativo del cáncer de cuello uterino, del cáncer de mama al 100% de las mujeres y de Leucemias Agudas Pediátricas (LAP), a niños, niñas y adolescentes de la capital.

La Secretaría Distrital de Salud implementará la ruta de atención para niños y niñas con leucemia, dando cumplimiento a la Resolución 418 de 2014 del Ministerio de Salud y protección Social, “Por la cual se adopta la Ruta de Atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de Leucemia en Colombia”, así como de la Ley Estatutaria de Salud.

5.1.2 Cáncer de mama

Proyecto de acuerdo 53 del 30 de enero de 2015 del Concejo de Bogotá. [Prevención cáncer de seno]

“Por el cual se busca fomentar la educación integral en prevención y detección temprana del cáncer de seno en los centros educativos distritales”.

7. “Tránsito de legislatura. Los proyectos distintos a los referidos a leyes estatutarias que no hubieren completado su trámite en una legislatura y fueren aprobados en primer debate en alguna de las Cámaras, continuarán su curso en la siguiente en el estado en que se encontraren. Ningún proyecto será considerado en más de dos legislaturas”.

El proyecto de acuerdo, del Concejal Horacio José Serpa, pretende promover la educación en prevención y detección temprana de cáncer de seno en los Centros Educativos Distritales, para identificar oportunamente los síntomas de la enfermedad y las medidas que se deben al identificarse. La capacitación permitirá la formación a las familias ya que el conocimiento será transmitido a madres, hermanas y demás miembros que puedan beneficiarse conociendo los riesgos a los que se someten por estilos de vida no saludables.

La Secretaría Distrital de Salud, junto con la Secretaría Distrital de la Mujer y la Secretaria Distrital de Educación, dispondrán lo pertinente para que en los Centros Educativos Distritales, profesionales expertos dicten un ciclo por semestre académico, orientado a conocer la enfermedad de cáncer de seno, los riesgos, síntomas, procedimientos para detección temprana, tratamientos físicos y psicológicos, y demás aspectos que se consideren de interés.

A su vez el proyecto propone que el 19 de octubre de cada año, el Concejo lleve cabo un foro que evalúe las políticas y medidas adoptadas por el distrito para la prevención y tratamiento del cáncer de seno y reducción de los índices de mortalidad.

5.1.3 Cáncer de Próstata

Proyecto de acuerdo 146 de abril de 2015. Concejo de Bogotá

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

Este proyecto de acuerdo, del Concejal Jorge Duran Silva, tiene como objeto el diseño y adopción de la política distrital contra el cáncer de próstata para enfrentar la grave enfermedad que puede afectar a los hombres mayores de cuarenta años. La realización de examen periódico de próstata serviría para enfrentar a tiempo la situación clínica que se puede estar presentando no hacer el examen oportunamente oculta una realidad que entre más tiempo se demore en ser enfrentada puede arrojar resultados médicos catastróficos.

Los objetivos del Proyecto de acuerdo son: Desarrollar marcos específicos para el control del cáncer de próstata; fomentar en la población masculina hábitos saludables; fortalecer las acciones desarrolladas por la Secretaria Distrital de salud contra el cáncer de próstata; hacer seguimiento al proceso de atención de hombres con cáncer de próstata; organizar en el Distrito Capital el Observatorio de cáncer de próstata, y; difundir en la capital el modelo de control de cáncer de próstata.

5.1.4 Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas)

Circular Externa 26 del 22 de junio de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

“Disposición de información sobre los casos con presunción diagnóstica de Cáncer Infantil”.

En cumplimiento con el artículo 3 de la Ley 1388 de 2010 y la Resolución 5290 de 2012, el Ministerio de Salud le informa a las Direcciones Territoriales de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que está disponible la información de los casos de cáncer infantil, a través de consulta en línea del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Esta consulta sirve como herramienta de apoyo, seguimiento y control para la atención de los niños y menores de edad con cáncer en el país.

La información se encuentra publicada en el Portal del Ministerio de Salud y Protección Social en la URL: <http://rssvr2.sispro.gov.co/ley1388de2010/>. El usuario y contraseña de acceso será enviado por correo electrónico a los coordinadores del programa para la gestión y atención de los niños con cáncer que hacen parte de la Estrategia de Seguimiento Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

“Los pacientes oncológicos, habitualmente reciben tratamiento 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).

7. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer

“El conocimiento hace referencia a 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).

Comunicado 5688 del 8 de abril de 2015. Superintendencia de Industria y Comercio.

“Colombia, primer país que otorga patente a nueva tecnología cubana para el tratamiento del cáncer”.

La Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) concedió patente de invención al Centro de Inmunología Molecular (CIM) de la Habana (Cuba), relacionada con “Polipéptidos derivados de la IL-2 con actividad agonista para la terapia del cáncer e infecciones crónicas”. Esta patente fue solicitada en 15 países: Cuba, Estados Unidos de América, Unión Europea, Taiwán, Perú, México, Corea, Japón, China, Canadá, Australia, Argentina, Israel, Ucrania y Colombia, pero hasta el momento solo se le ha dado a Colombia.

Esta invención es una molécula sintética que se basa en “la modificación de una proteína de origen humano conocida como Interleucina-2 (IL-2), que le confiere a dicha proteína un aumento en su capacidad de combatir el tumor y adicionalmente una menor toxicidad frente a las células benignas. Ya se conocían en el estado de la técnica modificaciones a la proteína Interleucina-2 (IL-2), sin embargo, los niveles de eficacia no habían superado los reportados por la presente invención y sobre todo daban cuenta de niveles de toxicidad más elevados, lo que conducía a que no se combatiera el tumor con tanta efectividad y a que se afectaran células no cancerígenas”.

El Centro de Inmunología Molecular (CIM) de La Habana es una institución biotecnológica de alta tecnología dedicada a la investigación básica, desarrollo y fabricación de productos a partir del cultivo de células de mamíferos.

“El CIM tiene como misión la investigación, desarrollo, fabricación en gran escala y la comercialización

de productos biofarmacéuticos, en especial anticuerpos monoclonales y otras proteínas recombinantes, para el diagnóstico y tratamiento del cáncer y otras enfermedades relacionadas con el sistema inmune, así como la negociación de intangibles tanto en Cuba como en el exterior. Su visión es lograr impacto a nivel mundial en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles con productos novedosos”.

8. Formación y desarrollo del talento humano

Comunicado 088 del 20 de abril de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

“MinSalud creará el primer centro oncohematológico pediátrico del país”

“El conocimiento hace referencia a 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).

En la Fundación Hospital de la Misericordia en Bogotá funcionará el primer centro oncohematológico pediátrico del país. El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, instaló la primera piedra del centro oncohematológico, un centro pediátrico que será el primero de su clase en Colombia, el cual ayudara a niños y niñas que padecen cáncer en el país.

El Ministro Gaviria resaltó la labor de la Fundación Homi y aseguró que es un gran logro que un hospital abra camas pediátricas y aseguró que “[e]l tema de la pediatría en nuestro sistema es difícil, a veces queda relegada en medio de las tensiones económicas cosa que es inaceptable, por esa razón hoy celebramos instalar la primera piedra de este centro que va a ayudar a los niños de Colombia [...]”.

Finalmente Gaviria agregó que “abrir servicios de pediatría, redundar en la equidad, hacer que la calidad sea disfrutada por más gente, entre muchas otras buenas acciones, hacen que nosotros estemos hoy aquí”.

9. Derecho a morir dignamente

Resolución 1216 del 20 de abril de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

“Por medio de la cual se da cumplimiento a 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”.

La Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional, consideró que el derecho fundamental a vivir dignamente implica el derecho fundamental a morir dignamente, exhortando al Congreso de la República a expedir la regulación respectiva. A su vez, la Corte a través de la Sentencia T-970 de 2014, comunicada al Ministerio de Salud el 4 de marzo de 2015, resolvió “CONCEDER la acción de tutela interpuesta”.

Cumpliendo con el mandato definido por la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 1216 de 2015, que cuenta con 4 capítulos y 18 artículos, establece las directrices para la

organización y funcionamiento de los Comités que hagan efectivo el derecho a morir dignamente en los términos de la Sentencia T-970 de 2014 y de la sentencia C-239 de 1997.

La resolución, define los requisitos y acciones necesarias para anticipar la muerte de pacientes con enfermedad terminal, para lo cual se debe garantizar que el paciente se le ofrezca o ya esté recibiendo cuidados paliativos. A su vez, la resolución ordena que las personas que expresen su voluntad de tener una muerte asistida, además de tener una enfermedad terminal, deben ser mayores de edad.

Por otro lado, el médico tratante determinará las condiciones de enfermedad terminal y le presentará la evidencia a un Comité interdisciplinario definido por la Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS). El comité verificará que se cumplan las condiciones y ordenará aplicar el procedimiento según la ruta estipulada por la norma sancionada. Según la Sentencia T-970, el Comité tendrá 10 días para verificar la información y después de confirmar la voluntad del paciente de morir de forma asistida, tendrá 15 días para aplicar el procedimiento o en la fecha que diga el paciente. El Comité, estará conformado por: un médico con la especialidad de la patología que padece la persona, diferente al médico tratante; un abogado; y un psiquiatra o psicólogo clínico.

El Artículo 7 de la resolución, establece las funciones del Comité, así:

o Revisar la determinación del médico tratante en cuanto a la solicitud que formule el paciente y establecer si le ofreció o está recibiendo cuidados paliativos.

o Ordenar a la institución responsable del paciente, la designación, en un término máximo de 24 horas, de un médico no objetor cuando se presente objeción por parte del médico que debe practicar el procedimiento que anticipa la muerte en forma digna en un enfermo terminal.

o Establecer, dentro de un plazo no superior a diez (10) días calendario a partir de su solicitud, si el paciente que solicita el procedimiento para morir con dignidad reitera su decisión de que le sea practicado, 7A Vigilar que el procedimiento se realice cuando la persona lo indique o, en su defecto, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al momento en que el paciente reitera su decisión.

o Vigilar y ser garante de que todo el procedimiento para morir con dignidad se desarrolle respetando los términos de la sentencia T-970 de 2014 y que se garantice la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso, para lo cual deberá realizar las verificaciones que sean del caso.

Finalmente, la resolución permite la objeción de conciencia del profesional de la salud, pero no permite que haya objeción de conciencia institucional. El Ministro Gaviria explicó que “Si un médico no quiere hacer el procedimiento por sus convicciones personales, eso se cataloga como objeción de conciencia y eso lo respeta la norma. En ese caso la institución deberá buscar otro médico que realice el procedimiento”. 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).

Comunicado 425 del 5 de mayo de 2015. Procuraduría General de la Nación

“Procurador Alejandro Ordóñez Maldonado demandó la resolución que reglamentó la eutanasia en Colombia”.

El jefe del Ministerio Público le solicitó al Consejo de Estado suspender la resolución que reglamenta la eutanasia mediante una medida cautelar de urgencia.

El procurador general citó en la demanda “que un ministro solo puede expedir resoluciones para desarrollar la Ley y los decretos presidenciales. En ese sentido, como el acto demandado tiene por finalidad desarrollar

dos sentencias de la Corte Constitucional, este resulta ilegal y contrario a la Carta Política". También afirmó que "el Consejo de Estado falló recientemente casos similares, anulando el Decreto 4444 de 2006 del Presidente de la República, y las circulares externas 0058 de 2009 y 000003 de 2011 expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, porque estas habían reglamentado una sentencia de la Corte Constitucional".

Entre los argumentos de su demanda el procurador Ordóñez señaló "que la eutanasia tiene por objeto directo limitar el derecho a la vida y, por ello, según los artículos 152 y 153 de la Carta Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, únicamente podría ser reglamentado por el legislador estatutario. Así mismo, como la resolución dispuso sobre el derecho a la objeción de conciencia y sustrajo el derecho a la objeción de conciencia institucional, es evidente la usurpación de funciones del Congreso".

Comunicado 169 del 30 de junio de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

"En el marco de la Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional, está debidamente reglamentado en el país a través de la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015".

Este comunicado del Ministerio de Salud surge debido al caso del señor Ovidio González, quien fue citado en el mes de junio de 2015, para practicarle un procedimiento de muerte anticipada pero fue cancelado minutos antes por la EPS SOS.

El Ministerio de Salud aclara entonces que la aplicación del procedimiento de muerte anticipada, en el marco de la Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional, está reglamentado a través de la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015, y establece la aplicación de un proceso detallado que debe cumplirse por quienes tienen la obligación de participar en el mismo.

Debido al caso del Señor Ovidio González el Ministerio señaló principalmente que:

o En cualquier procedimiento médico y en particular el de muerte anticipada, se requiere todo el acompañamiento de la EPS, la IPS y los profesionales que deben participar, quienes deben actuar con alto sentido de humanidad.

o Si existen discrepancias entre el concepto del médico tratante y el médico integrante del Comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, se debe resolver oportunamente.

o El Ministerio le solicita a las IPS facultadas para aplicar el procedimiento de muerte anticipada, informar de manera suficiente y oportuna acerca de las alternativas terapéuticas según la fase de la enfermedad del paciente, incluyendo los cuidados paliativos. Si la solicitud del paciente persiste, la IPS debe seguir todos los pasos contemplados en la Resolución 1216 de 2015.

10. 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: julio de 2015]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co>
- Diario Oficial. Imprenta Nacional de Colombia Empresa Industrial y Comercial del Estado. [En línea] [Citado: Julio 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: Julio 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: Julio de 2015] Disponible en: <http://www.senado.gov.co/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. [En línea] [Citado: Julio de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad>
- Corte Constitucional de Colombia. [En línea] [Citado: Julio de 2015]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co>
- Secretaría Distrital de Salud. [En línea] [Citado: Julio 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: Julio de 2015] Disponible en: <http://www.congresovisible.org>
- Artículo 20. [En Línea] [Citado: Julio de 2015]. Disponible en: <http://www.articulo20.com.co>

11. 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.



Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia



Los derechos de este boletín están bajo la siguiente licencia de Creative Commons 3.0
Reconocimiento – NoComercial – Compartir Igual (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.