



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXI - N° 904

Bogotá, D. C., lunes, 10 de diciembre de 2012

EDICIÓN DE 12 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

FLOR MARINA DAZA RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL DE LA CÁMARA (e)
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 02 DE 2012 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 03 DE 2012 SENADO

por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011.

Senadora

KARIME MOTA Y MORAD

Presidenta Comisión Primera

Senado de la República

E.S.D.

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de Acto Legislativo número 02 de 2012, acumulado con el Proyecto de Acto Legislativo número 03 de 2012, por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011.**

Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992, en nuestra condición de ponentes de los proyectos de acto legislativo de la referencia, procedemos a rendir el informe correspondiente de la siguiente manera:

De conformidad con las previsiones de los artículos 151 y 152 de la Ley 5ª de 1992, se procedió a acumular los Proyectos de Acto Legislativo 02 y 03 de 2012 Senado, por tratar el mismo tema y materia.

El propósito de los actos legislativos presentados, como se puede observar en la *Gaceta del Congreso* número 449 de 2012, es establecer límites generales al poder de reforma constitucional, en cabeza del poder constituyente derivado, estableciendo que los asuntos sometidos a discusión y votación del legislativo referente a proyectos de acto legislativo sean objeto del control establecido en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades.

El Proyecto de Acto Legislativo 02 de 2012 Senado traía por título *“por medio del cual se modifica el*

parágrafo del artículo 183 de la Constitución Política de Colombia”, y disponía lo siguiente:

Artículo 1°. Modifíquese el parágrafo del artículo 183 de la Constitución Política de Colombia, el nuevo texto es el siguiente:

La causal 1a en lo referido al régimen de conflicto de intereses tendrá aplicación cuando los Congresistas participen en el debate y votación de proyectos de actos legislativos y proyectos de ley.

Cuando se presenten impedimentos el quórum requerido se reducirá teniendo en cuenta el número de impedimentos.

Artículo 2°. *Vigencia.* El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.

El Proyecto de Acto Legislativo número 03 de 2012 Senado traía por título *“por el cual se deroga el Acto Legislativo 01 de 2011 y se adiciona un parágrafo al artículo 375 de la Constitución Nacional”*, y disponía lo siguiente:

Artículo 1°. Deróguese el Acto Legislativo 01 de 2011.

Artículo 2°. Adiciónese un parágrafo al artículo 375 de la Constitución Nacional, el cual quedará así:

Parágrafo. El quórum requerido para debatir y votar actos legislativos, se tomará sobre la base de aquellos Congresistas que no presenten conflicto de interés o que no se les haya aceptado impedimento.

Artículo 3°. Este acto legislativo rige a partir del día de su promulgación.

Analizando los dos articulados, se consideró para primer, que lo pertinente era adecuar el título de los proyectos acumulados, así: *“por medio de la cual se regula el conflicto de intereses de los Congresistas en la votación de proyectos de ley y reformas constitucionales”* y disponer lo siguiente:

Artículo 1°. Deróguese el Acto Legislativo 01 de 2011.

Artículo 2°. Adiciónese un párrafo al artículo 375 de la Constitución Nacional, el cual quedará así:

Parágrafo. Para debatir y votar actos legislativos, la mayoría absoluta de los votos se tomará sobre la base de aquellos Congresistas que no presenten conflicto de interés o que no se les haya aceptado impedimento.

Artículo 3°. Este acto legislativo rige a partir de su promulgación.

Surtido el primer debate en la comisión primera de Senado, como se puede leer en las actas números 18 y 19, correspondiente a los días 23 y 24 de octubre de 2012, si bien existió consenso en cuanto a lo benéfico que puede resultar que los Congresistas se declaren impedidos por conflicto de intereses en el trámite de los actos legislativos, la comisión decidió eliminar el artículo 2° por proposición suscrita por los honorables Senadores Jesús Ignacio García, Luis Carlos Avellaneda, Roberto Gerlén, Eduardo Enriquez Maya y Parmenio Cuéllar, en tanto que eliminar el concepto de la mayoría absoluta, puede llevar a que los grupos mayoritarios determinen el sentido de los proyectos cuando las minorías se declaren impedidas, y de esta manera el pluralismo democrático puede verse amenazado.

Con esta proposición aprobada, el honorable Senador Carlos Enrique Soto Jaramillo, propuso entonces modificar el título del proyecto, así “*por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011*”.

Por lo anterior quedaron las siguientes constancias:

Los Senadores Jorge Eduardo Londoño y Luis Carlos Avellaneda, veían necesario que el proyecto fuera adicionado con un artículo nuevo así:

El artículo 183 de la Constitución Política tendrá el siguiente párrafo:

“Parágrafo. En el debate y votación de proyectos de acto legislativo la causal 1 en lo referido al régimen de conflicto de intereses solo tendrá aplicación cuando exista un interés particular, directo o inmediato del Congresista”.

Las causales 2, y 3 no tendrán aplicación cuando medie fuerza mayor.

El Senador Parmenio Cuéllar veía necesario que el párrafo del artículo 2° fuera quedará así:

Parágrafo. Para todos los efectos de conformación de quórum, se tendrá como número de miembros la totalidad de los integrantes de la Comisión o Corporación, según el caso, con excepción de los miembros cuyos impedimentos hubieren sido aceptados.

Los Senadores Carlos Enrique Soto Jaramillo, Jorge Eduardo Londoño y Luis Carlos Avellaneda, veían necesario que el artículo 2° del proyecto quedará así:

Artículo 2°. Adiciónese un párrafo al artículo 375 de la Constitución Nacional, el cual quedará así:

Parágrafo. El quórum requerido para debatir y votar actos legislativos, se reducirá en el mismo número de impedimentos que se llegaren a presentar y aceptar.

El texto del proyecto aprobado por la Comisión quedó como se sigue:

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 02 DE 2012 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 03 DE 2012 SENADO

por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Derógase el Acto Legislativo número 01 de 2011.

Artículo 2°. Este acto legislativo rige a partir de su promulgación.

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicitamos a la honorable plenaria de Senado, dar segundo debate y aprobar el **Proyecto de Acto Legislativo número 02 de 2012 Senado, acumulado con el Proyecto de Acto Legislativo número 03 de 2012 Senado, por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011**, conforme al texto aprobado por la Comisión Primera del Senado.

Cordialmente,


CARLOS ENRIQUE SOTO JARAMILLO
Senador, Coordinador de ponentes

LUIS FERNANDO VELASCO
Senador, Ponente


EDUARDO ENRIQUEZ MAYA
Senador, Ponente

DORIS CLEMENCIA VEGA
Senadora, Ponente

LUIS CARLOS AVELLANEDA
Senador, Ponente

JORGE EDUARDO LONDOÑO
Senador, Ponente

De conformidad con el inciso 2° del artículo 165 de la Ley 5ª de 1992, se autoriza la publicación del presente informe.

La Presidenta,

Karime Mota y Morad.

El Secretario,

Guillermo León Giraldo Gil.

TEXTO APROBADO POR LA COMISIÓN PRIMERA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA DEL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 02 DE 2012 SENADO, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 03 DE 2012 SENADO por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Derótese el Acto Legislativo número 01 de 2011.

Artículo 2°. Este acto legislativo rige a partir de su promulgación.

En los anteriores términos fue aprobado el **Proyecto de Acto Legislativo número 02 de 2012 Senado, acumulado con el Proyecto de Acto Legislativo número 03 de 2012 Senado, por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011**, como consta en la sesión del día 24 de octubre de 2012, Acta número 19.

Ponente Coordinador,

Honorable Senador, *Carlos Enrique Soto Jaramillo.*

La Presidenta,

Karime Mota y Morad.

El Secretario,

Guillermo León Giraldo Gil.

TEXTOS APROBADOS EN PLENARIA

TEXTO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA EL DÍA 4 DE DICIEMBRE DE 2012 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2012 CÁMARA, 119 DE 2012 SENADO

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

ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.* Los saldos de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, podrán usarse conforme se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud y descontados los que se encuentren previstos para utilizarse conforme a lo señalado en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que durante las vigencias del 2011, 2012 y 2013 se deba aportar en la co-

financiación del Régimen Subsidiado de Salud. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todos los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

3. Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Estos programas incluirán medidas que deberán seguir el siguiente orden de prelación: pago de acreencias laborales, reestructuración y saneamiento de pasivos, adquisición de cartera, disposición de capital de trabajo, pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada o servicios no incluidos en el plan de beneficios de difícil cobro. Para efectos de la adquisición de cartera, la entidad territorial deberá adelantar las gestiones de cobro que correspondan ante el deudor o efectuar acuerdos de pago.

4. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certifi-

cados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

5. Para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Para usar los recursos de acuerdo a lo definido en los numerales 4 y 5, las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.

Artículo 3°. *Uso de los recursos de aportes patronales.* Los recursos del Sistema General de Participaciones del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda aportes patronales, se usarán de la siguiente forma:

1. Durante los años 2013 y 2014 los recursos del Sistema General de Participaciones transferidos sin situación de fondos y presupuestados por las Empresas Sociales del Estado por concepto de aportes patronales, no estarán sujetos a reconocimiento por servicios prestados. Estos recursos se considerarán subsidio a la oferta.

Los recursos de aportes patronales del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda girados y que no hayan sido facturados durante la vigencia 2012 estarán sujetos a lo dispuesto en este numeral.

Los aumentos a la nómina y consecuentes incrementos de los aportes patronales posteriores a la vigencia 2012, no serán considerados para efectos del presente artículo.

La entidad territorial podrá establecer metas a las Instituciones Prestadoras de servicios de salud públicas beneficiarias de los aportes patronales para la ejecución de estos recursos.

2. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal - EPS, se podrán usar por los departamentos y distritos así:

Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas o pagados por las EPS. Los recursos a que hace referencia este artículo en todos los casos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011; para este fin las entidades territoriales y las EPS, según sea el caso, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social la

información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a quienes se harán dichos giros conforme a lo previsto en este artículo. En estos pagos, se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública y las obligaciones de mayor antigüedad.

La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así:

a) 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país;

b) 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

Artículo 4°. *Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas.* Los departamentos y distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso los recursos serán girados directamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, sólo se podrá dar si se encuentra financiada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que definen el uso de estos recursos.

Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales y con la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 5°. *Saneamiento de deudas del Régimen Subsidiado reconocidas en virtud del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.* Para el saneamiento de estas deudas además del uso de los recursos del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, las entidades territoriales tendrán las siguientes alternativas para el pago:

1. Autorícese al Ministerio de Salud y Protección Social para disponer por una sola vez de recursos del Fosyga hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000) para que las entidades territoriales puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Estos recursos se asignarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a los municipios de categorías 4, 5 y 6 que tengan deudas reconocidas y no pagadas, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Para lo anterior, se priorizarán los municipios que hayan destinado o destinen recursos de regalías y del Sistema General de Partici-

paciones Propósito General de Libre Inversión, para el pago de las deudas a que hace referencia este artículo.

En ningún caso se podrá asignar más del 3% del total de los recursos previstos en el presente artículo a una sola entidad territorial y más del 70% del total de la deuda reconocida no pagada con recursos de la cuenta maestra y el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolero (FAEP).

Los recursos asignados deberán ser restituidos por parte de las entidades territoriales beneficiarias, en los plazos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, que en ningún caso superará diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Con este propósito, las entidades territoriales deberán definir las fuentes territoriales de recaudo nacional con las que asumirán el esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado, las cuales se girarán desde la fuente al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. Para la restitución de estos recursos, en ningún caso se podrá afectar más del 30% del valor asignado del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión en cada anualidad.

El giro se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes las Entidades Promotoras de Salud tengan deudas o recursos pendientes de pago por la prestación de servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la fecha de causación de las obligaciones, privilegiando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública y las I.P.S. indígenas y las obligaciones de mayor antigüedad.

2. Adicionalmente, para el pago de estas deudas la Financiera de Desarrollo Territorial (Findeter) podrá disponer líneas de crédito de mediano y largo plazo con tasa compensada.

Artículo 6°. *Adiciónese el artículo 150 de la Ley 1530 de 2012.* Se adiciona el siguiente párrafo al artículo 150 de la Ley 1530 de 2012:

Parágrafo. Las Entidades Territoriales que reconocieron deudas del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, y tienen ahorros en este Fondo, podrán adelantar el desahorro en un periodo de hasta doce (12) meses, con el objeto de pagar dichas deudas. Los recursos serán girados por parte de la Agencia Nacional de Hidrocarburos (ANH), o la entidad que haga sus veces, al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para que desde este mecanismo se giren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 7°. El artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 quedará así:

Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). Créase el Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet) como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obli-

gaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de esta ley o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el porcentaje del gasto operacional y pasivos que se financiarán con cargo a dicho Fondo.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010, **que sea recaudado directamente por la Nación.** Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, independiente del riesgo financiero en el que se encuentre la Institución. La compra de cartera de las EPS, no exonerará su responsabilidad administrativa y financiera frente a la deuda **comprada y el Fondo exigirá garantía real para soportar la deuda.**

Para los anteriores efectos, los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.

Parágrafo 2°. Tendrán prelación para acceder a los recursos que trata el presente artículo las Empresas Sociales del Estado que no hayan recibido recursos con anterioridad de este Fondo.

En todo caso, el pago de la operación, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, deberá darse en un término máximo de un (1) año.

Artículo 8°. *Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado.* Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera de estas Empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la pro-

moción de acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los recursos que destine la Nación o los que en la presente ley se posibilitan para el saneamiento fiscal y financiero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí definido.

Parágrafo. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales y jurídicos.

En todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes de desempeño estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 9°. *Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga.* Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la salud, además de los usos previstos en el artículo 41 del Decreto número 4107 de 2011, se podrán utilizar para adelantar desde la Subcuenta de Garantías para la Salud, de manera directa, compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de cartera podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título, el Fosyga o el mecanismo único de recaudo y giro creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, efectúen a las EPS.

En todo caso, el pago de la operación por parte de las Entidades Promotoras de Salud, deberá darse en un término máximo de un (1) año.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento para implementar lo dispuesto en este artículo.

Artículo 10. *Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.* Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitalización reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.

Artículo 11. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia la presente ley, se establece la obli-

gación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los informes de aplicación y ejecución de dichos recursos en los términos y condiciones que exija este Ministerio, quien a su vez reportará los informes de ejecución a los organismos de inspección, vigilancia y control del sector.

En el evento que se detecte el inadecuado uso de los recursos de que trata esta ley, la entidad competente deberá ordenar la suspensión en la ejecución de los mismos.

Las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 12. (nuevo). Además de lo previsto en el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, los recursos a que hace referencia dicha norma, correspondientes a las vigencias 2012, 2013, y 2014, se podrán destinar para capitalizar los programas de salud que administran y/o en los que participen a cualquier título las Cajas de Compensación Familiar con el propósito de cumplir el régimen de solvencia establecido en las normas sobre habilitación.

Parágrafo. La distribución y el esquema financiero para ejecutar los recursos a que hace referencia el presente artículo serán definidos por el Gobierno Nacional.

Artículo 13. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República el día 4 de diciembre de 2012, al proyecto de ley, *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.* Acumulado con el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, *por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones* y de esta manera continúe su trámite legal y reglamentario en la honorable Cámara de Representantes.

JORGE ELIECER BALLESTEROS BERNIER

Ponente

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ

Ponente

GUILLERMO SANTOS MARÍN

Ponente

GABRIEL IGNACIO ZAPATA CORREA

Ponente

El presente texto fue aprobado en Plenaria de Senado el 4 de diciembre de 2012 con modificaciones.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 028 DE 2011 CÁMARA, 260 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.

1.1

UJ-2376/12

Bogotá, D. C.

Honorable Senador

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 Senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

De manera atenta me permito exponer los comentarios que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público estima pertinente poner a su consideración, respecto del **Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 Senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.**

1. Marco legal y jurisprudencial

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es el resultado de una acción conjunta de los países de la región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.

En Colombia, el Ministerio de Salud estableció el PAI en 1978 con el propósito de fortalecer las estrategias de lucha contra las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). El esquema básico de vacunación definido en el PAI incluía la vacunación a los niños y niñas menores de 5 años contra 6 enfermedades: Tuberculosis, Poliomiélitis, Difteria, Tos Ferina, Tétanos y Sarampión.

El PAI se desarrolla en el marco de la Ley 100 de 1993, la cual estableció, establece que la inmunización es una de las actividades de obligatorio cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado y tiene como entidades involucradas a las autoridades políticas y administrativas del nivel nacional y territorial y aseguradores y proveedores del sector público y privado.

Bajo este esquema, el Ministerio de Salud y Protección Social define la política y normativa de inmunización nacional y es responsable de la gestión y apropiación

de recursos para el programa. Como organismo rector del sector, en la Resolución 4288 de 1996, Plan de Atención Básica (PAB) se desarrollaron las actividades de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, promoción de la vacunación y vacunación por concentración (Jornadas Nacionales y Locales de Vacunación) para garantizar la inmunización en la población que por barreras geográficas, culturales o institucionales no ha tenido acceso a dichos servicios de salud.

La Ley 715 del 2000 fue introducida a fin de establecer mayor claridad y rendición de cuentas entre los niveles de gobierno en el manejo del PAB y del PAI en particular.

El esquema progresivamente ha ido mejorando con vacunas más seguras y eficaces, de tal forma que en la actualidad el programa prevé la vacunación contra 12 enfermedades incluyendo adicionalmente hepatitis B, meningitis e infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) en menores de un año, así como contra rubéola, paperas y sarampión (triple viral), fiebre amarilla en niños y niñas de un año y la última inclusión del programa Influenza en niños de 6 a 18 meses.

Para el resto de la población el programa incluye la aplicación de refuerzos de las principales vacunas a los 18 meses y 5 años de edad, la vacunación contra fiebre amarilla a población entre 2 y 65 años en zonas de riesgo, la vacunación contra sarampión y rubéola en posparto y posaborto, la aplicación de toxoide tetánico y diftérico en control prenatal y a mujeres en edad fértil en municipios de alto riesgo y la contención de brotes de meningitis por meningococo.

2. Efectos financieros del proyecto

Frente al proyecto de ley inicialmente planteado, se ha dispuesto que en el esquema de vacunación contra el VPH también sean incluidos los niños entre los 9 y 12 años de edad, lo cual diferiría de la actualización del PAI adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el que únicamente se incluyó la vacuna destinada a niñas. En este sentido, sería necesario que en el PAI se destinaran recursos adicionales para la atención de la población masculina propuesta.

Según información provista por el DANE¹, para el presente año existen en el país alrededor de 1.767.734 hombres entre los 9 y 12 años de edad, que si se multiplican por el costo unitario de cada vacuna contra el VPH² estarían generando un costo total cercano a los \$203.107,5 millones.

De otra parte, en la medida que cada año entrarían nuevos niños a este grupo específico de vacunación, con base en las proyecciones de población hechas por el DANE entre 2012 y 2015, se tendría que anualmente en promedio 435.874 niños serían nuevos beneficiarios de esta medida, con un costo promedio por vacuna de \$123.777³, para un total anual en promedio de \$53.951 millones que sería necesario apropiar adicionalmente de manera continuada.

¹ Con base en proyecciones realizadas por la Entidad.

² Costo promedio estimado (\$114.897) de la aplicación del esquema completo de vacunación contra VPH por persona, resultado de tomar el total destinado por el MinSalud para vacunación contra VPH en 2012 (\$48.608,8 millones) dividido por el total de beneficiarios proyectados (423.064 mujeres entre 9 y 12 años).

³ Promedio obtenido de un aumento estimado del 3% en el costo de la vacuna contra el VPH anualmente.

Costo PL 028 de 2011 Cámara – 260 de 2012 Senado año 2012 (hombres de 9 a 12 años)

	Población Actual	Población 2013	Población 2014	Población 2015	Población 2016	Promedio Anual
9 años	439.250	437.385	436.044	435.174	434.891	435.874
10 Años	441.021					
11 Años	442.716					
12 Años	444.747					
Hombres de 9 a 12 Años	1.767.734	437.385	436.044	435.174	434.891	435.874
Costo Vacuna VPH* (esquema completo - 3 dosis)	\$ 114.897	\$ 118.344	\$ 121.894	\$ 125.551	\$ 129.318	\$ 123.777
COSTO VACUNACIÓN VPH (actual y anual)	\$ 203.107.492.494	\$ 51.761.891.621	\$ 53.151.288.083	\$ 54.636.597.223	\$ 59.239.098.234	\$ 53.951.023.219

* Costo Promedio por beneficiario según MinSalud, resultado de tomar el total de inversión en Vacunación contra VPH en 2012 (\$48.608,8 millones) dividido entre el número de beneficiarios esperados (423.064)

Fuente Población: Proyecciones DANE - Costo promedio vacuna: MinSalud

Conforme a lo expuesto, la aprobación de la inclusión de los hombres entre los 9 y 12 años de edad en el esquema de vacunación contra el VPH implicaría una inversión adicional a cargo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que no está contemplada en su reciente actualización, de suerte que su inclusión tendría que estar condicionada a la realización de los estudios técnicos correspondientes de parte del Ministerio de Salud y Protección Social, y no a disposiciones de carácter legislativo.

En virtud de lo expuesto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de manera respetuosa solicita se tengan en cuenta las anteriores consideraciones durante la discusión del proyecto de ley por parte de la Plenaria del honorable Senado de la República, no sin antes manifestar nuestra voluntad de colaborar con la actividad legislativa en términos de responsabilidad fiscal vigente.

Cordialmente,

Mauricio Cárdenas Santa María,

Ministro de Hacienda y Crédito Público.

Con copia:

Honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez – Ponente.

Honorable Senadora Claudia Jeannette Wilches – Ponente.

Honorable Senador Antonio José Correa – Ponente.

Honorable Senador Germán Carlosama – Ponente.

Honorable Senadora Liliana María Rendón – Ponente.

Honorable Senador Ernesto Ospina – Ponente.

Doctor Gregorio Eljach Pacheco – Secretario General del honorable Senado de la República.

* * *

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 028 DE 2011 CÁMARA, 260 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cervicouterino y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 5 de diciembre de 2012

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 Senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la

población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cervicouterino y se dictan otras disposiciones.

Señor Secretario:

La iniciativa parlamentaria del asunto se encuentra pendiente de discutir en plenaria de esa Corporación. En consecuencia, damos a conocer el concepto institucional desde la óptica del Sector Salud y Protección Social, tomando como base el texto aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 703 del 16 de octubre de 2012.

Contenido del proyecto de ley

Revisado el proyecto de la referencia, se observa que su objeto se encuentra encaminado a garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a la población de niñas entre 9 y 12 años contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), al igual que a adoptar medidas que permitan la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, seguimiento, control y atención de las infecciones del Virus del Papiloma Humano con el objetivo de prevenir el cáncer de cuello uterino y así minimizar las consecuencias para la salud de las mujeres y disminuir sus repercusiones en el Sistema de Salud Pública, mediante la actualización del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Análisis de constitucionalidad

A partir de la Constitución Política adoptada en 1991, en Colombia se han reforzado las instituciones, normas y mecanismos de protección relacionados con la prevalencia de los derechos de los menores y los adolescentes.

Es así como en su artículo 44 se señala:

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (...).” Negrillas ajenas al texto.

En este mismo horizonte de protección, la Corte Constitucional ha expresado:

“Los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes gozan de una especial protección tanto en el ámbito internacional como en nuestro Estado Social de Derecho. Ello, dada la situación de indefensión, vulnerabilidad y debilidad de esta población y la necesidad de garantizar un desarrollo armónico e integral de la misma”¹.

¹ Cfr., CORTE CONSTITUCIONAL. Sent. T-260/12 de 29 de marzo de 2012, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Por su parte y en lo que respecta a los niños, la Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959), en el principio IV, señala:

“El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a gozar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

Adicionalmente, existen otros tratados y convenios internacionales que consagran el principio del interés superior de los menores de dieciocho (18) años, cual es el caso del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1996, que en su artículo 24, dispone:

“1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

2. Todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre.

3. Todo niño tiene derecho a adquirir una nacionalidad”.

A su turno, la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989, adoptada entre nosotros a través de la Ley 12 de 1991 establece:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

(...)”.

Por su parte y como marco legal fundamental en relación con la protección de la niñez y la adolescencia, el legislativo expidió la Ley 1098 de 2006

“por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, que materializa la atención integral de este grupo poblacional.

Dicho Código, en su artículo 41, establece que es un deber del Estado:

“15. Asegurar los servicios de salud y subsidio alimentario definidos en la legislación del sistema de seguridad social en salud para mujeres gestantes y lactantes, familias en situación de debilidad manifiesta y niños, niñas y adolescentes”. (Subrayado fuera de texto).

“Artículo 46. Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud. Son obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

1. Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios”. (Resaltado fuera del texto original).

Como se observa, el Estado social de derecho, como una de las construcciones más avanzadas del constitucionalismo moderno, es prolífico en mecanismos y herramientas a través de los cuales se establecen preceptos especiales frente a la niñez y la adolescencia, tendiente a la accesibilidad de diversos servicios consustanciales a la condición humana.

Al amparo del referido marco normativo, este Ministerio ha adelantado diferentes acciones en salud pública y de promoción y prevención, que se encuentran fortalecidas con la Estrategia de la Atención Primaria en Salud, a partir de lo cual, es claro que en ellas se encuentran los elementos específicos que permiten la complementación de las diferentes estrategias en la materia, como es el caso de la vacuna contra el virus del papiloma humano, la cual se encuentra incluida a partir de agosto de 2012 en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Consideraciones generales respecto de la iniciativa

Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) la gratuidad es un atributo garantizado en el esquema permanente de vacunación para el país, de tal forma que las vacunas se aplican sin costo para las personas objeto del programa, siempre y cuando se cumpla con los criterios de inclusión que establece el esquema nacional. En tal sentido, esta y todas las que se adicionen al esquema contarán con la misma cualidad.

De otra parte, la obligatoriedad se produce cuando se incluye una vacuna al esquema nacional. De esta forma, es el Estado el que garantiza de manera permanente su entrega con la respectiva jeringa, para dar cumplimiento al concepto de gratuidad. Sin embargo, la obligatoriedad que asume el Estado y los agentes responsables de operar el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para garantizar la consecución, almacenamiento, disposición y aplicación de las vacunas, no es extensiva a la población, dado que en Colombia se promueve pero no se obliga a las personas a vacunarse.

Al punto, debe anotarse que como parte de las ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO - CCU, implementadas

en el país y definidas mediante las normas técnicas y guías de atención, contenidas en la Resolución 412 de 2000 del entonces Ministerio de Salud, se definen las siguientes acciones:

1. **TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA:** Es la prueba para la detección temprana del CCU; permite identificar lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. La población beneficiaria son todas las mujeres entre 25 y 69 años y las menores de 25 años con vida sexual activa.

2. **LECTURA Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA:** La lectura de la citología cervicouterina debe realizarse en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin.

De acuerdo con los resultados de la citología, las conductas a seguir son: Si es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje; si reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje; si es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.

3. **ATENCIÓN DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO:** Corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

De igual manera, este Ministerio como parte de las estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en el país, incluyó en el esquema nacional de vacunación a partir de agosto de 2012, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), a niñas escolarizadas en cuarto grado de básica primaria que hayan cumplido nueve años de edad o más.

Ahora bien, teniendo en cuenta la Ley 1438 de 2011, tanto a partir de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (artículo 6°), como del Observatorio en Salud (artículos 7° y 8°), las acciones de salud pública y de promoción y prevención, todo lo cual se fortalece además con la estrategia de Atención Primaria en Salud, es claro que se encuentran los elementos específicos para complementar las estrategias en la materia, sin acudir a una norma de carácter legal.

Comentarios al articulado

Sin perjuicio de lo anterior, que gravita en la inconveniencia de la norma propuesta, en cuanto al articulado, se advierte lo siguiente:

i) **Artículo 1°.** *“El Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), de manera gratuita y obligatoria a todas las niñas y niños entre 9 a 12 años de edad”.* (Negrilla fuera de texto).

Según datos epidemiológicos y virológicos, se estima que el VPH causa 100% de los casos anuales de CCU, 90% de los casos de cáncer anal y vaginal, 40% de los cánceres de órganos genitales externos vulva y pene y al menos 20% de los orofaríngeos. La infección previa por el VPH es una condición ne-

cesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo de CCU.

Vacunación en niñas

La meta de Colombia en términos de reducción de mortalidad por CCU, es lograr una tasa ajustada de mortalidad de 6,8 por 100.000 mujeres en 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia).

En el estudio de carga de la enfermedad, contratado por este Ministerio en el año 2011 y realizado por la Universidad Nacional de Colombia, se estimó que el costo de la atención de la enfermedad para cada cohorte de mujeres asciende a US\$ 5,8 millones por atención de verrugas genitales, US\$ 1 millón por tratamiento de Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC) 1 de bajo riesgo, US\$ 24 millones por NIC 1 de alto riesgo o NIC 2/3 y US\$ 13,4 millones por cáncer en cualquier estadio. Sumando el costo de la prevención y el costo directo de la enfermedad, representan anualmente más de 117,6 millones de dólares a valor presente.

Es así como este Ministerio consideró la vacunación en niñas de cuarto grado de básica primaria, de todas las instituciones educativas públicas y privadas del país, con nueve años o más de edad, y no por cohorte de edad, por lo siguiente:

1. Revisando las experiencias internacionales de países como México, Argentina y Perú, se evidenció que los mejores resultados se obtuvieron cuando la estrategia de vacunación se realizó en las instituciones educativas; con esta estrategia, Colombia ha alcanzado unas coberturas con primeras dosis del 96%.

2. Según datos del Ministerio de Educación Nacional, en cuarto grado de básica primaria se encuentra un 50% de las niñas con nueve años de edad, un 20% con 10 años de edad, un 10% con 11 años de edad, un 12% menores de 9 años de edad y un 8% con edades superiores a los 11 años de edad; es decir, en este curso se estaría captando la mayor cantidad de niñas de nueve años de edad, que es la menor edad posible a la que se puede iniciar el esquema de vacunación.

3. Vacunar adolescentes requiere el convencimiento y la participación activa de estos, por lo que es necesaria la realización de actividades educativas, tanto en los planteles como en sus familias, lo cual se ha estado realizando conjuntamente con la vacunación. Operativamente, es más factible la realización de estas actividades educativas en niñas de un mismo grado escolar, que tienen un nivel de cohesión bastante fuerte y donde la presión de grupo juega un papel importante; por tanto, logrando el consentimiento de gran parte del grupo, estas mismas convencen a sus compañeras para que se vacunen.

4. Intervenir las niñas de cuarto grado les da la oportunidad para que, si por algún motivo no pudieron vacunarse estando en ese curso, cuando estén en quinto grado y se vuelva a la institución educativa al siguiente año a vacunar a las de cuarto grado, las niñas que cursan quinto tengan una segunda oportunidad para iniciar o completar su esquema de vacunación.

Vacunación en niños

La evidencia actual permite afirmar que al lograr coberturas del 80% en las niñas objeto del programa, el aporte de la vacunación a niños en la reducción del cáncer CCU es insignificante, como lo muestran los siguientes estudios:

1. “*Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs*” publicado en *Emerging Infectious Diseases*, Volumen 10, N° 11, de noviembre de 2004, el cual concluyó que el incluir hombres en la vacunación contra el VPH, podría reducir los casos de cáncer cervical en solamente el 2.2%, haciendo el programa no costo efectivo, comparado con la vacunación en solo mujeres.

2. “The value of including boys in a HPV vaccination programme: a cost effectiveness analysis in a low-resource setting”, el cual encontró una mayor reducción en la mortalidad por CCU al vacunar solamente niñas, que al incluir en la estrategia a los niños preadolescentes.

Así mismo, vacunar a las niñas genera un efecto “rebaño” en los niños y adolescentes, protegiéndolos de la incidencia de verrugas genitales y potencialmente de cánceres de genitales externos, como lo mostró el estudio de Australia “*Population-wide vaccination against human papilloma virus in adolescent boys: Australia as a case study*”.

Además, la posición de la Organización Mundial de la Salud - OMS (Position Paper 10 de abril de 2009), establece que la vacunación contra el VPH en hombres no es recomendada, debido a que las estrategias utilizadas para alcanzar una cobertura alta, son más rentables si se utilizan en la vacunación de mujeres, por lo que no es costo-efectivo la vacunación en este grupo poblacional.

ii) **Parágrafo. “Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno Nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias”.** (Negrilla fuera de texto).

Teniendo en cuenta que el costo actual de una dosis de vacuna contra el VPH es de US\$14.25, que el esquema contempla la administración de tres dosis y que el promedio de una cohorte de niñas asciende a 425.000 personas, el costo de la estrategia se presenta en la siguiente tabla:

Costo estrategia de vacunación en Niñas de 9 a 12 años Colombia 2012

Cohorte 2012	Población Femenina Nación	Dosis requeridas (3)	Costo Esquema USD
9	420.963	1.262.889	\$ 17.996.168,25
10	423.064	1.269.192	\$ 18.085.986,00
11	425.152	1.275.456	\$ 18.175.248,00
12	427.118	1.281.354	\$ 18.259.294,50
TOTAL	1.696.297	5.088.891	\$ 72.516.696,75

Fuente población: DANE

Este costo se duplicaría si se toma la decisión de incluir la vacunación para niños en estos mismos cohortes. Lo anterior no contempla costos indirectos del procedimiento como son el transporte de insumos, cadena de frío, sistema de información, talento humano, estrategias de información, educación y comunicación, entre otras, que aumentarían exponencialmente el costo final de las pretensiones del proyecto de ley.

En tal sentido, se considera necesario definir en el proyecto de ley la fuente de financiación de esta iniciativa (artículo 8° de la Ley 819 de 2003, Ley 1474 de 2011 y Acto Legislativo número 003 de 2011), dado que la estrategia debe ser sostenible en el tiempo y que se cuenta con recursos finitos para dar cumplimiento al calendario vacunal establecido para Colombia. Se debe insistir además en que los recursos asignados para el programa permanente no

deben utilizarse para la inclusión de nuevos grupos poblacionales, en los que el costo efectividad no ha sido comprobado.

De otro lado, el presupuesto es adoptado por el Congreso de la República y allí se incorporan las diferentes apropiaciones, en el sentido de medidas presupuestales necesarias para la financiación de los diversos programas y proyectos.

iii) **Artículo 2°.** “*El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que corresponda a partir de la vigencia de la presente ley, actualizarán el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)*”. (Negrilla fuera de texto).

“**Parágrafo 1°.** Se incluirá dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en el Plan Básico de Vacunación Gratuita”.

“**Parágrafo 2°.** Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1° de esta ley, esta se hará de manera gradual e inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo”.

Como parte de la estrategia nacional para reducir la morbilidad y mortalidad por CCU, el Gobierno Nacional, a través de este Ministerio, por recomendación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones (CNPI), en alianza con la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP), la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Cancerología (INC), decidió incluir en el esquema nacional de vacunación, a partir de agosto de 2012, la vacuna contra el VPH, en niñas escolarizadas en cuarto grado de básica primaria de nueve años o más de edad.

Para lograr este objetivo, este Ministerio cuenta con una apropiación presupuestal de US\$23.000.000, para vacunar la cohorte de niñas escolarizadas en 4° de primaria de 9 años o más, lo cual corresponde a la cantidad de 480.000 niñas que iniciaron su esquema en el 2012.

Por lo anterior, debe entenderse que lo dispuesto en este artículo ya viene siendo objeto de aplicación, por cuanto la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano se encuentra incluida en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), cuya introducción se hizo de forma universal en todo el territorio nacional, garantizando así el derecho a la igualdad en todas las niñas objeto de la vacunación.

iv) “**Parágrafo 3°.** *El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma Humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dichos virus*”.

Este Ministerio, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, el Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Co-

lombiana de Pediatría, la Federación Colombiana de Perinatología, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología y las Secretarías de Salud Departamentales, previo al lanzamiento de la jornada de vacunación, realizó capacitación a 1.623 pediatras, ginecólogos y médicos generales en cáncer de cuello uterino, la vacuna a utilizar y la estrategia de vacunación; adicionalmente, se han estado realizando acciones educativas con todas las niñas objeto de la vacunación, así como con sus familias en cada una de las instituciones educativas.

En conclusión, dentro de las estrategias previstas ya existe el marco de protección que se ha desarrollado al amparo de la evidencia científica existente. Adicionalmente, se considera que no es necesario elevar a rango legal esta clase de disposiciones en la medida que las mismas deben tener la necesaria flexibilidad de acuerdo con la situación de la población y las necesidades específicas de cobertura tanto en vacunas, como frente a las edades en las que debe brindarse esa protección, por lo que como se dejó sentado líneas atrás, existe la institucionalidad adecuada para dar respuesta oportuna a una estrategia como la vacunación gratuita y obligatoria.

Con la presente se deja expresada la posición de este Ministerio, advirtiendo reparos de inconstitucionalidad e inconveniencia en lo relativo al **Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 Senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cervicouterino y se dictan otras disposiciones.**

Cordialmente,

Alejandro Gaviria Uribe,

Ministro de Salud y Protección Social.

c.c. Honorable Congresista Luis Enrique Salas Moisés.

CONTENIDO

Gaceta número 904 - Lunes, 10 de diciembre de 2012
SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

PONENCIAS

Ponencia para segundo debate y texto aprobado por la Comisión Primera al Proyecto de Acto legislativo número 02 de 2012 senado, acumulado con el Proyecto de Acto legislativo número 03 de 2012 Senado, por medio del cual se deroga el Acto Legislativo número 01 de 2011 1

TEXTO APROBADOS EN PLENARIA

Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República el día 4 de diciembre de 2012 al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud; Acumulado con el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones..... 3

CONCEPTOS JURÍDICOS

Conceptos jurídicos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones 7

Conceptos jurídicos del Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 028 de 2011 Cámara, 260 de 2012 Senado, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones 8