



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 685

Bogotá, D. C., miércoles, 9 de septiembre de 2015

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariosenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 23 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.

Auxilio funerario.

Bogotá, D. C., septiembre de 2015.

Doctor

JESUS MARÍA ESPAÑA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2015, *por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.* Auxilio funerario.

Señor Secretario:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y respondiendo a la designación hecha por la Mesa Directiva como ponentes coordinador de esta iniciativa, me permito rendir informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2015, *por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.* Auxilio funerario.

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes.

2. Objeto y Justificación del proyecto.

3. Pliego de modificaciones

4. Proposición.

1. **Antecedentes**

La presente iniciativa legislativa es del honorable Senador Darío Angarita radicado para la Senado la Legislatura 2009-2010. Ahora bien, y en virtud de la importancia del tema, me permito someter nuevamente a consideración del Congreso de la República, el presente proyecto de ley, con base en las consideraciones que serán expuestas a lo largo del presente escrito, tomadas de la iniciativa mencionada.

Durante esta vigencia 2015-2016, este proyecto se radicó en el Senado el 28 de julio de 2015 para conocimiento de la Comisión Séptima Constitucional del Senado, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 537 de 2015.

El proyecto de ley cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154, 158 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa, unidad de materia y título de la ley, respectivamente.

2. **Objeto y justificación del proyecto**

El presente proyecto de ley tiene como objetivo fundamental hacer extensivo el beneficio del auxilio funerario al cónyuge o compañero permanente superviviente sobre quien ha operado la figura de la sustitución pensional o pensión de sobreviviente. En el entendido, que una vez fallezca este, se pague auxilio funerario a cualquier persona que demuestre haber sufragado estos gastos fúnebres.

• Auxilio Funerario

El artículo 51 de la Ley 100 de 1993 establece que la persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de **un afiliado o pensionado**, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, según sea el caso, sin que este auxilio pueda ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario. (Subrayado fuera del texto).

Tal como la norma lo indica, se efectúa el reconocimiento del auxilio funerario a quienes sufragan los gastos de entierro del causante inicial de la pensión, es decir, de quien efectuó las cotizaciones al sistema. De tal suerte que, cuando se produce una sustitución pensional, a favor del cónyuge supérstite del aportante fallecido este beneficio no se traslada, causando que cuando este primero muere (cónyuge supérstite), no se reconoce esta prestación por su muerte.

Posterior a la Ley 100 de 1993, el artículo 18 Decreto Reglamentario número 1889 de 1994 (derogado por el artículo 4° Ley 1574 de 2012 en lo pertinente a condición de estudiante para el reconocimiento de la pensión de sobrevivientes), para efectos de aplicación de los artículos 51 y 86 de la Ley 100 estableció que: se entiende por afiliado y pensionado la persona en favor de quien se hicieron las cotizaciones que originaron el derecho a la pensión.

• Pensión de sobrevivientes - sustitución pensional

Una de las expresiones del derecho a la seguridad social es el derecho a la pensión en sus distintas modalidades, siendo dos de ellas: la pensión de sobrevivientes y la sustitución pensional. Estas consisten –de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 100 de 1993– en la garantía que le asiste al grupo familiar al fallecer una persona pensionada por vejez o invalidez, o de un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones de reclamar la prestación que se había generado previamente a favor del causante, o que se causa precisamente con su muerte, para enfrentar el posible desamparo al que se puedan someter por el deceso de la persona de la cual dependían económicamente. Más exactamente, “la sustitución pensional es un derecho que permite a una o varias personas entrar a gozar de los beneficios de una prestación económica antes percibida por otra, lo cual no significa el reconocimiento del derecho a la pensión sino la legitimación para reemplazar a la persona que venía gozando de este derecho”[1], y la pensión de sobrevivientes, es aquella que “propende porque la muerte del afiliado no trastoque las condiciones de quienes de él dependían”¹.

Así mismo, la Corte ha desarrollado una serie de principios que definen el contenido constitucional de la pensión de sobrevivientes o sustitutiva como pres-

tación para la asistencia de los familiares del causante, los cuales fueron agrupados en la Sentencia C-1035 de 2008, de la siguiente manera:

(i) Principio de estabilidad económica y social para los allegados del causante, cuyo objeto es que a través de la sustitución pensional se mantengan, al menos en el mismo grado de seguridad social y económica, a los beneficiarios afectados con la muerte del pensionado, que de no ser así conduciría a una desprotección y a una posible miseria, de allí la necesidad de establecer los grados de prelación para efectos de determinar las personas más cercanas al causante y que más dependían del mismo;

(ii) Principio de reciprocidad y solidaridad entre el causante y sus allegados, el cual busca impedir que con ocasión de la muerte de uno de los miembros de la pareja, el otro se vea en la obligación de soportar las cargas materiales y espirituales que conlleva el deceso;

(iii) Principio material para la definición del beneficiario, que consiste en determinar, bajo el criterio material acogido por el legislador, quien es el beneficiario de la sustitución pensional, el cual se obtiene de verificar quien tuvo mayor convivencia efectiva al momento de la muerte del pensionado.

La Constitución de 1991 introdujo modificaciones fundamentales al marco institucional en Colombia, basado en el reconocimiento de un Estado Social de Derecho. Una de las tantas manifestaciones del espíritu de la Carta Magna colombiana, es el mandato expreso a la garantía de los derechos fundamentales mínimos para quienes conforman el núcleo familiar del cotizante o pensionado, a través del otorgamiento de un amparo a sus beneficiarios como es el reconocimiento de los gastos funerarios después de fallecido no solo el pensionado, sino también el cónyuge, compañera o compañero que lo ha sucedido en la pensión con el objetivo de minimizar el impacto de los gastos onerosos en que se incurre en estas circunstancias. Esta medida se considera especialmente necesaria en el contexto colombiano, puesto que el 73% de las pensiones de nuestro país equivalen a un salario mínimo mensual.

El Congreso está facultado entonces para reformar las leyes existentes, adecuándolas a los cambios políticos, sociales y económicos, modificando los requisitos necesarios para el otorgamiento y disfrute hacia futuro de la respectiva prestación social. Las modificaciones establecidas en los artículos acusados no infringen la Constitución, pues de aceptarse la interpretación de los actores, implicaría perpetuar indefinidamente los requisitos para adquirir una prestación conduciendo a establecer unas circunstancias inmodificables, con lo cual se limitaría la competencia del legislador.

Por su parte, el legislador ha dispuesto que el Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en ley, así como propen-

1 Sentencia T-124 de 2012.

der por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

En este contexto, la pensión de sobrevivientes se ha constituido, entonces, en uno de los mecanismos instituidos por el legislador para la consecución del objetivo de la seguridad social antes mencionada. La finalidad esencial de esta prestación social es la protección de la familia como núcleo fundamental de la sociedad, de tal suerte que las personas que dependían económicamente del causante puedan seguir atendiendo sus necesidades de subsistencia.

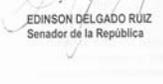
3. Pliego de modificaciones

TEXTO PUBLICADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 1°. Adiciónase el siguiente párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo. Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del cónyuge, compañera o compañero permanente del pensionado siempre y cuando este último tenga la calidad de beneficiario de la pensión de sustitución o de sobrevivencia.</p>	<p>Artículo 1°. Adiciónase el siguiente párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo. Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del <u>pensionado por sobrevivientes o sustitución pensional siempre y cuando este ostente la calidad de cónyuge, compañera o compañero permanente de quien dio origen a la pensión.</u></p>

4. Proposición

Por lo anteriormente expuesto solicitamos a la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional permanente del Senado dar primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2015, *por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993*. Auxilio funerario.

A vuestra consideración,

 NADIA BLEL SCAFF Senadora de la República	 ORLANDO CASTAÑEDA S Senador de la República
 LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA Senador de la República	 EDINSON DELGADO RUIZ Senador de la República
 JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR Senador de la República	 EDUARDO PULGAR DAZA Senador de la República

TEXTO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY

por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.

Auxilio funerario.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

El Congreso de la República de Colombia

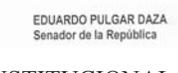
CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. Adiciónase el siguiente párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así:

Parágrafo. Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado por sobrevivientes o sustitución pensional siempre y cuando este ostente la calidad de cónyuge, compañera o compañero permanente de quien dio origen a la pensión.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

 NADIA BLEL SCAFF Senadora de la República	 ORLANDO CASTAÑEDA S Senador de la República
 LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA Senador de la República	 EDINSON DELGADO RUIZ Senador de la República
 JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR Senador de la República	 EDUARDO PULGAR DAZA Senador de la República

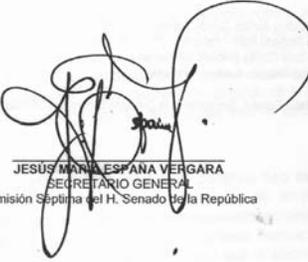
COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015).

En la presente fecha se autoriza **la publicación en *Gaceta del Congreso de la República***, el siguiente Informe de ponencia para primer debate.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 1° septiembre de 2015

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario Comisión Séptima Senado de la República Ciudad

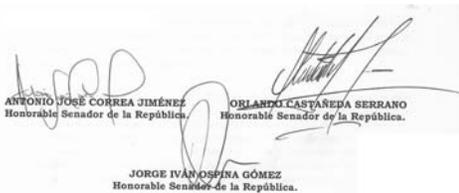
Asunto: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.

Respetado señor Secretario:

En cumplimiento del encargo realizado por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.** Dadas algunas consideraciones adicionales en virtud de ampliar, profundizar y precisar los alcances de este proyecto de ley, es que nos permitimos poner a consideración el siguiente informe de ponencia para segundo debate en plenaria.

Cordialmente,

De los honorables Senadores,



ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Honorable Senador de la República.

ORIAN CASTAÑEDA SERRANO
Honorable Senador de la República.

JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ
Honorable Senador de la República.

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.

1. Objeto del proyecto de ley

El presente proyecto de ley, señala como objetivo fundamental, establecer medidas para reglamentar la venta de medicamentos y el uso adecuado de antibióticos, además de implementar disposiciones con el fin de prohibir la venta de antibióticos sin fórmula médica, controlar y regular su venta a través de la internet y controlar el uso de los mismos en animales para el consumo humano.

2. Antecedentes del proyecto de ley

El Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, es de autoría del honorable Senador Samuel Arrieta, y posteriormente radicado para el segundo semestre de 2014, por el honorable Senador, Antonio José Correa Jiménez. Dicha iniciativa fue radicada ante la Secretaría General del Senado de República el 25 de septiembre del año 2014, y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 518 de 2014.

Una vez repartido el proyecto de ley para conocimiento de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, fue asignado como ponente único para primer debate, el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

El informe de ponencia para primer debate fue presentado y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 777 de 2014. El proyecto fue anunciado para discusión y votación el día 11 de noviembre de 2014, donde fue aprobado en primer debate por la Comisión Séptima de Senado.

3. Contenido y alcance del proyecto de ley

El Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, consta de (10) artículos, referentes a aspectos que se señalan a continuación, de los cuales se hace plena descripción en la exposición de motivos del proyecto de ley.

El artículo 1°, señala que los medicamentos sometidos al régimen de “venta bajo fórmula médica” serán despachados previa exhibición de la misma y únicamente podrán ser comercializados en farmacias y droguerías, debidamente autorizadas, conforme a la reglamentación vigente.

El artículo 2°, consagra que solo se podrán vender o entregar medicamentos bajo fórmula médica o control especial, previa presentación de la receta vigente y exceptúa los medicamentos que se encuentren en el régimen de venta libre, los cuales podrán ser vendidos sin el cumplimiento de este requisito, recayendo la responsabilidad en los dependientes de las farmacias y droguerías de informar a los compradores sobre las restricciones de uso, que se encuentran contenidas en los empaques y/o envases y sobre los riesgos de la automedicación.

El artículo 3°, establece que el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, implementará campañas educativas sobre el uso adecuado de los antibióticos y los riesgos de la automedicación.

El artículo 4°, establece que la venta y dispensación de antibióticos en el territorio nacional solo podrá efectuarse previa presentación de la fórmula médica vigente.

El artículo 5°, indica que los propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias no podrán vender de manera fraccionada medicamentos antibióticos al público, ni dispensar tratamientos con medicamentos antibióticos de manera incompleta.

El artículo 6°, se refiere a las sanciones por el incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley.

El artículo 7º, determina que el Gobierno nacional debe adoptar medidas para controlar la venta de antibióticos a través de la internet y de cualquier otro medio que permita su comercialización sin la exigencia de una fórmula o receta médica.

El artículo 8º, deja en cabeza del Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el establecimiento de mecanismos para regular y controlar el uso de antibióticos en animales para el consumo humano.

El artículo 9º, establece que el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a seis (6) meses, implementará un sistema de información que permita realizar seguimiento, monitoreo y vigilancia, al consumo de medicamentos y en especial de antibióticos en el país y generar políticas que promuevan su consumo responsable dentro de la población colombiana.

El artículo 10, trata sobre la vigencia de la ley, la cual rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Marco Jurídico del proyecto de ley

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, pues se trata de una iniciativa congresional. Cumple además con los artículos 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política, referentes a la iniciativa legislativa, formalidades de publicidad, unidad de materia y título de la ley. Así mismo, es coherente con el artículo 150 de la Constitución, que establece que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

4.1 Fundamentos constitucionales y legales

Constitucionales

En la Constitución Política se encuentran varias disposiciones que sustentan esta iniciativa:

Artículo 1º. *Colombia es un Estado Social de Derecho (...) fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.*

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 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. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Artículo 333. *La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para su ejercicio, nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley. La libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades. La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial. El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional. La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la nación”.*

Artículo 366. *El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.*

Legales

“Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias. **Artículo 598.** *Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes”.*

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Artículo 33.** *Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:*

a) *El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definen las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio”.*

(...)

Decreto número 677 de 1995, a través del cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitarias de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia”.

Decreto número 2200 de 2005, que reglamentó el servicio farmacéutico y dicta otras disposiciones. El artículo 19 numeral 3, del citado decreto, estableció disposiciones relacionadas con las obligaciones del dispensador, exige la prescripción para aquellos medicamentos en los que aparezca en la etiqueta la leyenda “Venta bajo fórmula médica”.

Acuerdo número 145 de 2005, del Concejo de Bogotá, por el cual se modificó el artículo 28 del Acuerdo número 79 de 2003 (Código de Policía de Bogotá, D. C.), y se dictan otras disposiciones”.

Resolución número 234 de 2005 Secretaría de Salud Distrital, que señala el procedimiento de registro y anotación de que trata el numeral 1 del Acuerdo número 145 de 2003”.

Conpes 155 de 2012, que estableció la Política Farmacéutica Nacional, la cual plantea diez estrategias que buscan mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado e n función de las necesidades de la población”.

Circular número 045 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre la vigilancia del consumo de antibióticos y la resistencia a los antimicrobianos”.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en su Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, que plantea la formulación de una Política Nacional que facilite la implementación de programas de uso prudente de antibióticos”.

5. Consideraciones generales del proyecto de ley

La ponencia para primer debate llevo a cabo una exhaustiva exposición acerca del grave problema de salud que no solo enfrenta Colombia, sino varias naciones de Latinoamérica y el mundo, debido al uso indiscriminado de antibióticos, que no solamente ha degenerado en una importante y creciente resistencia bacteriana, sino en enfermedades conexas al uso excesivo de este tipo de medicamentos. Incluso, las decisiones de salud, que van desde el diagnóstico hasta la prescripción, han sufrido a lo largo de la historia variaciones importantes, desde los teguas hasta los médicos, también hoy a los llamados droguistas de grandes o pequeñas farmacias, hasta la autoprescripción, alimentada también por la venta masiva de medicamentos vía internet. Estas dos últimas formas de acceso a diagnósticos y medicación son cada día más populares, y se han convertido en consultores de salud importantes para muchas personas y familias.

El autocuidado entendido como el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, es una de las formas más uti-

lizadas para el mantenimiento de la salud. El ámbito familiar y/o tribal ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada en torno cultural, cuyos conocimientos son transmitidos oralmente a las generaciones sucesivas. Anteriormente existía (aún existen en comunidades indígenas) una persona que acumulaba ese conocimiento y las personas recurrían a él para solucionar sus problemas de salud. Hoy en día, en que vivimos en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, es necesario comprender que el autocuidado sigue siendo necesario, tanto para el manejo de enfermedades agudas no graves, pero muy frecuentes, como para la prevención (en forma de hábitos de vida saludables) de las enfermedades que hoy en día son la causa principal de enfermedad y muerte (problemas cardiovasculares y cáncer).

Durante mucho tiempo, los médicos han pensado que todo lo que afecta a la salud y a la enfermedad de las personas les pertenecía por completo. Habitualmente se ordenaba en tono imperativo lo que el paciente debía hacer: medicamentos, prohibiciones, etc.; deseaban controlar en todo momento las decisiones que afectaban a la salud y a la enfermedad de nuestros pacientes. Este es un modelo de relación médico-paciente en el que la capacidad de autonomía y de decisión del propio enfermo es anulada, bajo la excusa de una supuesta incapacidad para opinar o tomar las decisiones que afecten a su propia salud y enfermedad.

La automedicación se ha definido de forma clásica como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”. Hoy en día, la automedicación es entendida como “la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen”. Esta práctica es un tema controvertido, debido a que existen quienes la rechazan de plano, argumentando los daños que puede generar a la sociedad el uso indiscriminado y sin orientación médica de los medicamentos; y quienes la defienden, aduciendo que es la forma de optimizar y equiparar la atención en salud a toda la población.

Algunos autores aseveran que la autoprescripción se convierte en el primer nivel de atención de cualquier comunidad y la destacan como un factor constituyente de la política sanitaria, validándola como una práctica útil para disminuir la alta demanda de los servicios de atención en salud, principalmente en las dolencias menores, que demandan en las instituciones de salud un gran porcentaje de los recursos económicos y de la disponibilidad del personal, necesarios para la atención de enfermedades de mayor gravedad y severidad. En los países desarrollados se ha fomentado a través de políticas y normas, la autoprescripción segura de medicamentos de venta libre como estrategia que beneficia los sistemas de salud, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad del servicio, aspecto que es respaldado por la Declaración de Tokio de 1993 del papel del farmacéutico en

los sistemas de salud, en el cual se establece que esta “recomendación de medicamentos de venta libre” se puede desarrollar a través de un programa de atención farmacéutica, pero esto requiere de la existencia de personal idóneo, calificado y capacitado en las denominadas farmacias y droguerías.

La condición de comercialización de venta libre, también denominada medicamentos de venta sin prescripción facultativa, lista general de ventas, OTC (over the counter) o medicamentos no programados, en Colombia es establecida mediante el Decreto número 677 de 1995, *por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y licencias, el control de calidad, así como el régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos de aseo, higiene y limpieza y otros productos de uso doméstico, y se dictan otras disposiciones sobre la materia*, y la Resolución número 886 de 2004, *por la cual se adoptan los criterios para la clasificación de los medicamentos de venta sin prescripción facultativa o venta libre*, los cuales requieren que la agencia regulatoria, en el acto administrativo de autorización de comercialización de un medicamento, incluya información sobre las condiciones de comercialización (bajo venta libre, con fórmula médica, bajo control especial o para uso hospitalario exclusivamente).

Los criterios para clasificar un medicamento como de venta sin prescripción facultativa o venta libre, incluyen: que posea un margen de seguridad amplio, garante de que la administración voluntaria o inadvertida de dosis elevadas, no represente un riesgo para la salud del consumidor; que posea una trayectoria mayor de cinco años en el mercado durante la cual sus efectos adversos reportados sean de baja incidencia y escasa intensidad; que esté destinado a la prevención, tratamiento o alivio de enfermedades leves que puedan ser reconocidas adecuadamente por los usuarios; que tenga un margen posológico amplio frente a las variaciones de edad y masa corporal del paciente; que no desarrolle dependencia o taquifilaxis; que no enmascare síntomas de enfermedades serias; que no se acumule en el organismo; que sea estable frente a diversas condiciones de almacenamiento. Este tipo de productos deben tener un rango límite de indicaciones, no es aceptada la administración de ellos por vía parenteral y deben contar con especialidades farmacéuticas diferentes para uso pediátrico.

La venta libre no involucra una consulta previa al equipo de salud, incluyendo al personal de enfermería, quienes no participan de la selección del medicamento, su dispensación, administración y supervisión posterior. Aunque la mayoría de los medicamentos solo deben anunciarse o promocionarse en publicaciones de carácter científico o técnico, dirigidas a los profesionales de la salud y se encuentra prohibida su publicidad en los medios masivos de comunicación, para los medicamentos de venta libre no existen estas restricciones. Esta condición de venta presenta importantes ventajas derivadas del derecho del consumidor a tomar decisiones informadas sobre su salud; sin embargo, impone retos importantes para las agencias sanitarias y el personal de

salud, ya que sobre ellos recae la responsabilidad del aporte imparcial de información y el adiestramiento de los consumidores en la generación de criterios de uso prudente de los medicamentos, basados en una educación científicamente soportada que les permita tomar sus propias decisiones razonadas, más allá del bombardeo visual, emocional y, en muchos casos, no ajustado a la moderación científica, por parte del mercadeo farmacéutico.

La condición de venta libre de los medicamentos tiene relación directa con la automedicación, el paciente puede, a partir de una adecuada orientación, recurrir a los medicamentos de venta libre. Así entendido, la persona que opta por la automedicación, debe estar en capacidad de reconocer los síntomas a tratar y elegir un medicamento acorde con los mismos, de seguir las instrucciones para el uso adecuado del producto descritas en la rotulación y las que le suministren los farmacéuticos al momento de la dispensación. Una automedicación responsable depende de la disponibilidad de una atención farmacéutica profesional al momento de la dispensación, la cual debe ofrecerse en un lugar privado que pueda generar confianza en el farmacéutico como profesional de la salud encargado de asesorar sobre la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, cuidando de no inducir el consumo de cantidades innecesarias, orientando para que no se recurra a la autoprescripción “consumo de medicamentos regulados como de venta con fórmula médica sin la prescripción correspondiente, práctica está regulada y controlada” y recomendando al paciente recurrir a la consulta médica en caso de que los síntomas no remitan con el tratamiento.

En nuestro país, el mayor renglón de venta de medicamentos se relaciona con los analgésicos no narcóticos y antipiréticos, los cuales incluyen a los denominados analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que, de acuerdo con las normas farmacológicas, en conjunto involucran 42 principios activos diferentes.

Los analgésicos son uno de los grupos farmacológicos más utilizados en automedicación. Estos medicamentos presentan riesgos derivados de su uso habitual, dentro de los cuales destacan: la nefritis intersticial, se estima que el 11% de los casos de insuficiencia renal terminal puede ser atribuible al consumo de analgésicos y la hemorragia de vías digestivas altas es atribuible en un 40% de los casos al consumo de AINES, especialmente ácido acetilsalicílico (aspirina). En los pacientes con cefalea crónica diaria, el excesivo consumo de analgésicos hace que en muchos de ellos no sea diagnosticada la migraña o la cefalea tensional, pues no recurren a una valoración clínica adecuada que les haga comprender y tratar adecuadamente su patología; en estos casos, el consumo frecuente de diferentes aines puede originar como reacción paradójica una cefalea crónica.

Por otra parte, una de las conclusiones de un estudio realizado en la ciudad de Bogotá sobre automedicación indica que, en general, las personas recurren a la automedicación cuando consideran que el problema de salud no es grave, por falta de dinero, por falta de tiempo o por falta de credibilidad en el sistema

de salud y/o el médico. Por lo tanto los esfuerzos se deben dirigir hacia la educación de los pacientes y droguistas en el uso de medicamentos de venta libre (OTC), con el fin de optimizar la utilización de este valioso recurso terapéutico.

La automedicación es una práctica común en los países en desarrollo y en especial en América Latina. Entre los aspectos negativos de la automedicación para el individuo se destacan los riesgos de efectos indeseables e interacciones del medicamento consumido y la posibilidad de retraso en el diagnóstico de una enfermedad potencialmente letal. A escala social, la automedicación es en gran parte responsable del aumento en la resistencia bacteriana por el uso indiscriminado de antibióticos. Sin embargo, en los países desarrollados se señala también un aspecto positivo de dicha práctica, la cual se ha asociado a una disminución tanto de la asistencia médica en patologías relativamente benignas y de fácil manejo como del gasto farmacéutico controlado por el Sistema Nacional de Salud. No obstante, esta cualidad no puede extenderse a los países en desarrollo, donde el nivel de educación sanitaria de la población es aún precario.

El estudio mexicano “Automedicación en población urbana de Cuernavaca, Morelos” mostró una prevalencia de automedicación en los grupos familiares de 53.3%. En Colombia, un estudio exploratorio acerca de la automedicación realizado en el barrio La Manga de la ciudad de Barranquilla reveló una alta prevalencia de 32%. Este estudio se concentró en un sector de estrato bajo de la ciudad, y por lo tanto no muestra la magnitud del problema en la población general. Se ha reportado la influencia de diferentes factores socioculturales y económicos en la automedicación; sin embargo, estos han sido poco estudiados en Colombia.

Un estudio realizado en la ciudad de Barranquilla, investigó la frecuencia de autoformulación en los lugares donde se expenden los medicamentos, así como los factores asociados a este fenómeno. El estudio concluye que la autoformulación es una conducta muy frecuente en nuestra sociedad. La mayoría de personas que incurrieron en esta conducta vivían cerca en tiempo y en distancia a un centro de salud. Los antiinflamatorios y los antigripales fueron las drogas más autoformuladas.

Los factores asociados a la autoformulación identificados en este estudio fueron el económico y la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social, a lo que se adiciona la facilidad con que se pueden comprar medicamentos en las farmacias, por la ausencia de control de las entidades gubernamentales y la falta de educación sanitaria.

La automedicación, entendida como la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad ni en la prescripción o supervisión del tratamiento), es una práctica cotidiana y habitual en la mayoría de los hogares.

Los antibióticos son medicamentos importantes pero se los prescribe en exceso, y además hay quienes se los automedican, haciendo un uso abusivo de

ellos para tratar trastornos como diarrea, resfrío y tos. Cuando los antibióticos se usan con demasiada frecuencia y en dosis inferiores a las recomendadas, las bacterias se vuelven resistentes a ellos. Algunas veces, las personas compran dosis inferiores a las recomendadas porque no pueden costear el tratamiento completo o porque no saben que es necesario completar el esquema. Las personas dejan de tomar los antibióticos cuando desaparecen los síntomas de la enfermedad, mientras que otras toman dosis mayores a las indicadas porque creen que así se curarán más rápido.

El uso de medicamentos por voluntad propia, por sugerencia o recomendación de conocidos, o que han sido formulados por un médico en alguna ocasión anterior, es una conducta que puede ocasionar perjuicios o beneficios a quien la realiza. La automedicación como práctica implica riesgos de acuerdo con el tipo de medicamento y del usuario, que pueden generar emergencias accidentales, iatrogénicas o intencionales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente; el uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos.

Actualmente, el consumo de fármacos como automedicación se ha convertido en una práctica muy común en todo el mundo.

Esto ha traído consecuencias como la aparición de resistencia de los microorganismos a diferentes antibióticos, tal y como lo referencian varios estudios.

La autoprescripción se convierte en el primer nivel de atención de cualquier comunidad y es una práctica muy común en todo el mundo, y ha sido reconocida como un factor constituyente de la política sanitaria, y se la valida como una práctica útil para disminuir la alta demanda de los servicios de atención en salud, principalmente en las dolencias menores, que exige de las instituciones de salud un gran porcentaje de los recursos económicos y de la disponibilidad del personal necesario para la atención de enfermedades de mayor gravedad y severidad.

El consumo de medicamentos de cualquier grupo sin la prescripción médica depende de muchos factores, entre los que se pueden mencionar: la morbilidad, la disponibilidad del fármaco, la no exigencia de una fórmula médica para dispensar el medicamento, la mala interpretación del método terapéutico, el empaque de los medicamentos, factores económicos, disponibilidad de tiempo para acudir a los servicios de salud, los copagos, prejuicios, mala atención por parte de las entidades prestadoras de salud, las conductas que asumen las personas frente a las enfermedades, pérdida de credibilidad en los médicos, y el uso de la internet como fuente de consulta.

El uso racional de los medicamentos requiere acciones en el orden de la comunicación, la educación y la información, con el objetivo de establecer actitu-

des y conductas acordes con la problemática del significado de los medicamentos en la sociedad actual, y en función de los eslabones que intervienen en la cadena del medicamento.

El uso de los antibióticos es el principal factor responsable de la emergencia y diseminación de bacterias resistentes. Si bien la resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno evolutivo natural que puede ser acelerado por factores epidemiológicos y biológicos, gran parte del problema se ha desarrollado por el abuso al que han sido sometidos los antibióticos, tanto por uso excesivo, como inadecuado.

Mientras numerosos estudios han descrito las graves consecuencias del mal uso de estos medicamentos y la necesidad de prácticas racionales de prescripción, son pocas las publicaciones que describen o comparan el consumo de antibióticos. Esta falta de información ha obstaculizado discusiones sobre la definición de los niveles deseables de estos consumos, los cuales deben considerar factores como la prevalencia local de las enfermedades, los perfiles de susceptibilidad antimicrobiana, las prácticas de prescripción de antibióticos, y la filosofía de su uso.

Si bien la gran mayoría del consumo de antibióticos ocurre en la comunidad, el consumo en el interior de las instituciones de salud es el principal motor de propagación de bacterias resistentes responsables de infecciones asociadas a la atención en salud.

Definir la cantidad “correcta” de consumo de antibióticos en un lugar determinado, y su comparabilidad con otras poblaciones, constituye un tema difícil de abordar. Sin embargo, el punto de partida fundamental es establecer los respectivos niveles de consumo en unidades que sean comprensibles para todos.

Contar con información del consumo de antibióticos resulta una fuente importante para profesionales de la salud y hacedores de políticas para el monitoreo de los avances hacia un uso más prudente de antibióticos.

En este sentido, países de la región europea iniciaron las mediciones del consumo de antibióticos, utilizando una metodología estandarizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6). A través de la ESAC-Net (European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network), integraron la vigilancia del consumo de antimicrobianos en alrededor de 27 países. En el informe de 2011 se observó, que a nivel hospitalario el subgrupo antibacteriano más utilizado fue el de las penicilinas (incluyendo carbapenémicos), seguido de las cefalosporinas y quinolonas.

En Latinoamérica, el volumen de literatura respecto a la vigilancia del consumo de antibióticos es escaso. La mayoría de información disponible proviene de estudios comunitarios, uno de ellos en ocho países donde se encontró que el consumo promedio de antibióticos aumentó casi 10 por ciento entre 1997 y 2007. En este estudio se observó que para 2007 los países con mayores consumos fueron Argentina con 16,6 DDD por 1.000 habitantes, seguida de Venezuela, Perú, México y Chile. Los consumos más

bajos estuvieron en Brasil (7,0), Colombia (8,1) y Uruguay (8,9), (7). Existe información de instituciones de salud que reportan el consumo de antibióticos y pocas publicaciones con información nacional que han aportado a la construcción de programas de uso racional de medicamentos. En el caso de México se ha encontrado una amplia heterogeneidad en la metodología de medición del consumo de antibióticos, lo cual no ha permitido comparaciones entre instituciones del mismo país. La medición del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario sigue siendo un campo por explorar, y la falta de documentación no permite estimar la magnitud del uso de antimicrobianos en países de la región.

En Colombia, algunas instituciones del país han logrado constituir procesos de vigilancia del consumo de antibióticos, y cuentan con información útil para la orientación de las medidas de control de infecciones y contención de la resistencia bacteriana a nivel local, aunque son pocos los datos publicados. Un estudio de la Universidad Nacional de Colombia, realizado a partir de información de los servicios farmacéuticos de diez instituciones de alta complejidad de cinco ciudades del país entre 2002 y 2007, mostró una disminución importante en el uso general de ciprofloxacina y el desuso de ceftazidima desde 2004. También se observó una tendencia al aumento en el consumo de ampicilina sulbactam, ceftriaxona, meropenem, piperacilina tazobactam y vancomicina. Otros estudios han aportado información importante frente a la relación de estos eventos y la aparición de resistencia bacteriana.

A pesar de los múltiples esfuerzos por conocer la dinámica del uso de los antimicrobianos en varios sectores de la sociedad, es poca la información existente que pueda dar cuenta del comportamiento comparativo del consumo de antibióticos en el interior de las instituciones de salud del territorio nacional.

Resistencia bacteriana: un problema de salud a nivel mundial

La emergencia y diseminación de la resistencia bacteriana, es considerada actualmente como un fenómeno creciente alrededor del mundo y de gran complejidad. Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud, mediante Resolución WHA 51.17 de 1998 la declaró como problema de salud pública y ha venido trabajando en la creación de una estrategia global, mediante la toma de las siguientes medidas:

- Reducción de la carga de morbilidad y propagación de infecciones.
- Mejora del acceso a los antimicrobianos.
- Mejora del uso de los antimicrobianos.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud y de su capacidad de vigilancia.
- Cumplimiento de los reglamentos y de la legislación.
- Fomento del desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas.

Sin embargo, es la vigilancia de la resistencia bacteriana, una estrategia fundamental e inicial para

el desarrollo de los procesos de control de este problema.

En Europa, la resistencia a antibióticos de algunas bacterias seleccionadas en humanos, ha sido monitorizada desde 1998 por el Sistema Europeo de Vigilancia de Resistencias Antimicrobianas (SEVRA), quienes en un estudio sobre la relación entre el uso y la resistencia a antibióticos “utilizando como microorganismo indicador el *Streptococcus pneumoniae* por ser el microorganismo con mayor relevancia en lo referente a infecciones adquiridas en la comunidad” arrojó como resultado que la resistencia a la penicilina del *S. Pneumoniae* está relacionada con el uso de antibióticos betalactámicos y macrólidos.

De otro lado, en países como India, se ha informado de la presencia de cepas de *Streptococcus pneumoniae* no solo resistentes a penicilina, sino también a cloranfenicol y a cefalosporinas como la cefuroxima y la ceftriaxona, lo que limita las opciones de tratamiento para las infecciones agudas de vías respiratorias, que causan 3,5 millones de muertes en niños cada año. Y en el norte de India existen reportes sobre la resistencia de *Shigella* (principal causa bacteriana de disentería).

En América el problema de la resistencia no es distinto al encontrado en el antiguo continente. Es así como en un estudio en donde se recopilaron artículos desde 1940 hasta 1997, fueron analizados patrones de resistencia de *Salmonella*, *Shigella* y *Vibrio cholerae*, evidenciándose una alta tendencia de resistencia a tratamientos con ampicilina, ciprofloxacino, cloranfenicol, tetraciclina y trimetoprim-sulfametoxazol que aumentaba con el tiempo, en la mayoría de casos y dependiendo del país en estudio.

Un estudio de sensibilidad a los antimicrobianos de especies patógenas causantes de bacteremia, neumonía, infecciones de heridas de la piel y tejidos blandos e infecciones urinarias en pacientes hospitalizados, realizado en seis países de América Latina (Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Uruguay y México), mostró que para ninguno de los microorganismos aislados existe una sensibilidad del 100% al antimicrobiano, con excepción de los agentes patógenos causantes de infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad, que manifestaron completa sensibilidad hacia algunas quinolonas de fabricación reciente, mientras que para esos mismos agentes patógenos la sensibilidad al trimetoprim-sulfametoxazol mostró baja actividad (sensibilidad de 50,6%-63,5%). Esas altas tasas de resistencia observadas sugieren la necesidad de la continua vigilancia mundial, implementando medidas para el correcto uso de los antimicrobianos.

En nuestro país el número de investigaciones y publicaciones sobre el tema, aunque aún escasos han venido en crecimiento y es así como se ha podido comprobar, con datos locales, que la resistencia a los antimicrobianos en Colombia como en el resto del mundo es un problema que va en aumento. Se han obtenido informes de resistencia de *Streptococcus pneumoniae* a penicilina, aparición de cepas de *Enterococcus* resistentes a vancomicina, resistencia de bacilos entéricos a cefalosporinas de tercera genera-

ción y datos de *S. aureus* resistente a oxacilina. El caso del *S. pneumoniae* es especialmente preocupante, teniendo en cuenta que este agente patógeno, para el 2003, fue el causante de cerca de 592.167 casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) con una mortalidad en los menores de cinco años de 3,2/100.000 niños en Colombia. Esto por sí solo constituye una justificación para iniciar programas de vigilancia que permitan elaborar estrategias adecuadas de control.

De igual forma, se han realizado estudios de sensibilidad como los de vigilancia de sensibilidad a enteropatógenos en las Américas y el de resistencia y serotipificación de neumococo impulsado por la OPS, liderados en nuestro país por el Instituto Nacional de Salud, los cuales constituyen buenos ejemplos de esfuerzos coordinados para conocer la realidad de la resistencia en patógenos adquiridos en la comunidad.

Sin embargo, en el área de las infecciones hospitalarias, en donde el uso indiscriminado de antibióticos también tiene un gran impacto en el desarrollo de la resistencia, los esfuerzos nacionales están sustentados solo por el trabajo individual de varias instituciones y profesionales. Es así como en Antioquia se determinó el perfil de sensibilidad y resistencia a antibióticos seleccionados en cepas de *Salmonella* spp. aisladas en varios laboratorios de este departamento, durante los años 2002 y 2003, encontrándose que el 48.4% de las cepas eran resistentes y de ellas el 91% fueron multirresistentes. Convirtiéndose esto en un problema grave al momento de la elección del medicamento para tratar a los pacientes.

De igual forma las unidades de cuidado intensivo y las unidades de neonatos, han sido objeto de estos estudios. El microorganismo considerado como el principal causante de las infecciones nosocomiales en recién nacidos es el *Staphylococcus epidermidis*, el cual presenta un alto índice de morbimortalidad y multirresistencia a los antibióticos. En este sentido, un estudio realizado en las unidades neonatales del Instituto Materno Infantil de Bogotá mostró que de las 46 cepas aisladas de *S. epidermidis*, el 45.7% presentaron el gen *int1* (integron clase 1), cuya presencia es considerada como uno de los mecanismos genéticos responsables de la resistencia a los antibióticos de amplio espectro.

Estos niveles de resistencia reflejan la necesidad de que el país tenga unas políticas claras para el buen uso de los antimicrobianos, así como también, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia que permitan un adecuado manejo y control de los antibióticos.

Causas de la resistencia bacteriana

Es importante mencionar que el proceso evolutivo de un ser vivo se acelera cuanto mayor sea su capacidad para producir variabilidad genética, pero simultáneamente el riesgo de acumular mutaciones deletéreas también se hace mayor. Es por ello que las bacterias regulan este proceso, tendiendo a mantener una baja tasa de mutación. Sin embargo, cuando ellas son sometidas a condiciones de estrés ambientales como la falta de nutrientes, la exposición a la luz ultravioleta o a los antibacterianos por largos

periodos, se observan grandes porcentajes de mutación, muchas veces cercanos al 50% de la población.

La elevada problemática que genera la resistencia, no es debida a la naturaleza misma de las bacterias ni a los agentes antimicrobianos como tal, sino a quienes los emplean incorrectamente.

El consumo indiscriminado o abuso de antimicrobianos se presenta por diferentes causas como la percepción errónea del paciente, la adquisición de los medicamentos por recomendación del vecino o familiar (automedicación), la promoción libre de estos medicamentos, o por el difícil acceso al sistema de seguridad social por cierta parte de la población, que obliga a encontrar en otras personas diferentes a los médicos, la indicación de tratamientos “rápidos y eficaces”. Sumado a lo anterior, la falta de adhesión al tiempo y dosis de los tratamientos también es otra forma de abusar de los antibióticos, ya que esta condición aumenta el riesgo de generar resistencia. A continuación, se describirán las principales causas que conllevan a la mala utilización de estos medicamentos.

Percepciones erróneas: El paciente tiene la idea de que las infecciones se curan con antibióticos y, por lo tanto, esperan que el médico les dé una prescripción ante cualquier percepción de infección. Un estudio mostró que en 75% de los casos el prestador del servicio de salud respondía a la expectativa del paciente de recibir una prescripción¹⁷. Otro estudio en el cual se realizaron encuestas en 3610 pacientes, más del 50% de los encuestados creían necesario recibir antimicrobianos para todas las infecciones del tracto respiratorio, 81% esperaban ver una mejoría de sus síntomas respiratorios a los tres días, y 87% creía que sentirse mejor era una buena razón para suspender el tratamiento con el antimicrobiano. También, la mayoría pensaba que podían guardar el resto del medicamento para usarlo en el futuro.

Por otra parte, existen muchos pacientes que creen que los medicamentos más recientes y más costosos son más eficaces que los antiguos, coincidiendo con algunos prestadores de atención sanitaria, quienes los recetan y los dispensan. Esto tiene como consecuencia el uso innecesario de medicamentos de última generación que estimulan la resistencia tanto a estos nuevos fármacos como a los más antiguos de la misma clase.

Otro problema es la percepción errónea que tienen algunos pacientes sobre el mecanismo de acción farmacológica de los agentes antimicrobianos, comparándolo con el modo de acción de otros medicamentos. En las Filipinas, se cree que la isoniazida es una “vitamina para el pulmón” y las madres la compran en jarabe para los niños con “pulmones débiles”, aún cuando no se haya determinado la presencia de tuberculosis.

Autoprescripción: Se afirma que una persona se autoprescribe cuando toma un medicamento por decisión o consejo de personal no calificado, con el fin de aliviar un síntoma o curar una enfermedad. Aunque el concepto parece simple, no lo es por diversos motivos de índole médica, farmacéutica y legislativa,

pero también sociológica, psicológica y antropológica.

Esta práctica cobra mayor trascendencia cuando los medicamentos son antibióticos, debido a la resistencia bacteriana y aunque el proceso inicia con la solicitud del paciente, también forma parte de la responsabilidad de quien los dispensa, ya que algunas veces no solo los venden sin exigir la receta médica, sino además recomiendan su utilización. Por otro lado, la automedicación se hace más accesible, cómoda y en algunos casos más barata que ir a visitar al médico.

Algunos estudios señalan que la automedicación es, junto al incumplimiento terapéutico por parte del paciente y a la utilización de antibióticos en procesos infecciosos no bacterianos, el principal problema a nivel ambulatorio sobre el uso poco o nada controlado de los antibióticos.

La autoprescripción con antibióticos adopta diversas características. Algunas veces se fundamenta en la reutilización de prescripciones recibidas con anterioridad para el mismo paciente y el mismo problema o para una persona diferente, ambos sin previa consulta médica y muy probablemente proceden del botiquín de la casa, fuente de automedicación, como consecuencia de tratamientos anteriores²². Otras veces, el antibiótico puede ser adquirido por solicitud directa de la persona a la farmacia, en donde se lo aconsejan y dispensan sin ninguna restricción.

Promoción: En algunos países en los cuales no hay una normativa establecida o adecuadamente vigilada acerca de la libre promoción de los antibióticos, la compra de estos medicamentos se ve influenciada directamente por la publicidad patrocinada por la industria farmacéutica. Un estudio realizado en los Estados Unidos entre médicos, mostró que, en promedio, en los seis meses anteriores al estudio, cada médico había atendido a siete pacientes que habían solicitado medicamentos de venta con receta, como resultado de la comercialización directa de la industria al consumidor. Anuncios realizados entre 1994 y 1995 en las Filipinas defendían el uso de lincomicina para amigdalitis/faringitis y de la clindamicina para infecciones de las vías respiratorias altas, sin tener en cuenta que la causa más probable de tales enfermedades es una infección vírica, en la que los antibióticos son inútiles, de forma tal que anuncian antibióticos para trastornos que no lo requieren ni van a ocasionar mejoría alguna.

Y en Europa, un estudio dio a conocer que más del 50% de las madres entrevistadas esperaban recibir antibióticos para la mayoría de las infecciones de las vías respiratorias.

Pero no solo las personas que requieren el tratamiento o lo adquieren, son los únicos que contribuyen al mal uso de los antibióticos; considerando todo el proceso que lleva acabo el medicamento hasta llegar al consumidor, se destacan dos partes esenciales que podrían controlarse para un adecuado uso: la prescripción y la dispensación.

Prescripción. La prescripción, en especial de antibióticos, debe ser realizada por personal médico,

que debido a su nivel de formación tienen el conocimiento científico y especializado para formular de forma correcta el medicamento. Sin embargo, muchos prescriptores, aunque estén seguros de su diagnóstico, se ven influenciados por las demandas de los pacientes, es así como en países como Tanzania, el 60% del personal de salud admitió que prescribían medicamentos inapropiados pedidos por pacientes socialmente influyentes.

Dispensación: En muchos países la dispensación no va separada del proceso de prescripción. Por ejemplo, existen muchos prescriptores que también son vendedores de medicamentos y por lo tanto se ganan la vida vendiendo medicamentos y no cobrando por la consulta, de manera que prescriben de modo continuado más medicamentos que quienes no obtienen dinero por la dispensación. En un estudio realizado en Zimbawe, los médicos dispensadores prescribieron antibióticos al 58% de sus pacientes, en comparación con los médicos no dispensadores, que prescribieron antibióticos al 48% de sus pacientes.

Para el caso de la venta de los antibióticos, esto puede aumentar los ingresos de los prescriptores dispensadores, pero desafortunadamente muchos pacientes no pueden costearse esos medicamentos y deben comprar tratamientos incompletos. En un estudio realizado en Filipinas, el 90% de las compras de antibióticos eran de 10 o menos cápsulas, lo que en la mayoría de los casos indica menos de un tratamiento completo.

La correcta dispensación de los medicamentos, en especial de antibióticos, es una de las principales medidas que inducen a un uso racional de estos, por lo que generalmente se recomienda que quien realice este servicio tenga los conocimientos pertinentes y actualizados sobre el tema, así como también ciertas habilidades y aptitudes.

En Bogotá, D. C., se estudiaron las habilidades y conocimientos de los vendedores de medicamentos en las farmacias por medio de una entrevista directa recogiendo datos sobre aspectos organizativos y características de los vendedores de medicamentos. Dicho estudio mostró que más de la mitad de las simulaciones clínicas resultaron en una dispensación inapropiada. Paralelamente, se destaca que dos tercios de los vendedores de medicamentos, incluidos en el estudio, solo habían completado el nivel de secundaria y únicamente el 2% de la muestra tenía a un farmacéutico como director técnico.

De otro lado, la falta de apropiada legislación, y/o la existencia de leyes que no se aplican, tiene como potencial consecuencia la proliferación de lugares de venta de antibióticos atendidos por personal con mala formación o sin capacitación, lo cual a su vez lleva a un uso excesivo e inadecuado de los medicamentos, en especial de los antibacterianos, aumentando la generación de resistencia bacteriana.

En algunos países no existe o es mínimo el control de acceso del público a los antimicrobianos y estos se pueden comprar libremente y sin receta. En la Unión Europea, si bien ningún país miembro permite la venta de antibacterianos sistémicos de uso huma-

no sin receta, estos medicamentos están disponibles a través de las farmacias en algunos países, es decir, existe una considerable variación en el rigor con que se aplican las normas nacionales y esto también repercute en el patrón de uso de los antimicrobianos.

En muchos países de América Latina, los antibióticos se pueden obtener en las farmacias con solo pedirlos y sin prescripción. En Bolivia, se observó que 92% de los adultos y 40% de los niños con diarrea acuosa recibían antibióticos, y concluyeron que “se necesitan urgentemente programas para mejorar el uso racional y eficaz de medicamentos en los países en desarrollo”, además, debe promoverse la implantación de normas legales y de política que ordenen el uso racional de antibióticos.

La vigilancia del uso de los antibióticos es una estrategia fundamental y eficaz de contención contra el problema de la resistencia. En consecuencia, la imposición de restricciones a la venta de antibióticos solo con receta podría reducir el acceso de muchos pacientes a dichos medicamentos.

Por otro lado, el hecho de exigir una receta para obtener antibióticos, da la oportunidad de convencer al paciente de que no los use cuando no sea necesario.

De acuerdo con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá, “Restricción de la venta de antibióticos en Farmacias de Bogotá”, los hallazgos del estudio muestran que a cinco años de haberse adoptado la norma que restringe la venta de antibióticos en la capital, su cumplimiento es mínimo (20,0%) y que el expendio no atiende los parámetros de competencias del personal.

Aunque los expendedores de medicamentos conocen la norma y el seguimiento que realiza la Secretaría de Salud, el comportamiento observado durante dicho estudio sugiere que falta claridad en la responsabilidad del manejo de los medicamentos y conocimientos sobre los potenciales para la salud. Se documentaron casos de influencia cultural marcada en el manejo y recomendación del uso de medicamentos en concordancia con los hallazgos de otros autores. Estos resultados coinciden también con otros estudios locales e internacionales sobre las recomendaciones de personal no capacitado con respecto a los antibióticos. Los resultados del estudio son preocupantes, si se tiene en cuenta que el expendedor es la persona del sistema de salud más cercana a la comunidad y que suple, en algunas circunstancias, los inconvenientes de acceso, celeridad y oportunidad de los servicios de salud.

Sin embargo, un estudio de consumo de antibióticos en Latinoamérica encontró que, entre 1997 y 2007, Colombia fue el país con mayor reducción del número de dosis vendidas expresada como dosis diarias definidas por 1.000 habitantes por día (DID) de una lista de antibióticos marcadores. Aunque la fecha final de la medición coincide con el inicio de la aplicación de la norma, no se ha hecho un seguimiento posterior.

Las medidas reguladoras suelen tener un impacto importante que se diluye en el tiempo y podrían re-

querir reforzamiento continuo, además de estrategias educativas. En el caso de Chile, el efecto de la regulación de la venta de antibióticos con receta médica duró cerca de dos años, después de los cuales el consumo de antibióticos aumentó considerablemente.

Hay estudios previos que coinciden con que la norma se cumple mejor en las farmacias de cadena. Sin embargo, en el estudio se encontró prácticas inadecuadas de los expendedores de farmacias de cadena, como la remisión a farmacias de barrio, donde se pueden adquirir antibióticos sin la exigencia de la prescripción médica.

En el estudio llama la atención el incumplimiento de la norma en los sectores con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, lo cual posiblemente pueda explicarse por una falta de sensibilización e información suficientes o problemas en la atención de la salud y el acceso a medicamentos. Por ejemplo, Bosa, sector donde el incumplimiento de la norma fue de 100%, presenta una proporción de pobreza de 2,5%, y de miseria, de 9,9%, además de concentrar la mayor proporción de población desplazada de Bogotá. En todo caso, es importante considerar las características socioculturales, expresadas en hábitos y percepciones de la población en cuestión, para realizar un acercamiento integral al problema.

Por otra parte, es muy importante señalar que un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en el primer semestre del año 2014 “el primero de carácter mundial acerca de la resistencia a los antimicrobianos, y en particular a los antibióticos” revela que esta grave amenaza ha dejado de ser una previsión para el futuro y es ya en todas las regiones del mundo una realidad que puede afectar a cualquier persona de cualquier edad en cualquier país. La resistencia “que se produce cuando las bacterias sufren cambios que hacen que los antibióticos dejen de funcionar en las personas que los necesitan como tratamiento para las infecciones” es ya una gran amenaza para la salud pública.

El informe, titulado Antimicrobial Resistance: global report on surveillance Resistencia a los antimicrobianos: informe mundial sobre la vigilancia, señala que la resistencia está afectando a muchos agentes infecciosos distintos, pero se centra en la resistencia a los antibióticos en siete bacterias responsables de infecciones comunes graves, como la septicemia, la diarrea, la neumonía, las infecciones urinarias o la gonorrea. Los datos son muy preocupantes y demuestran la existencia de resistencia a los antibióticos, especialmente a los utilizados como “último recurso”, en todas las regiones del mundo.

Entre los principales hallazgos del informe destacan:

La resistencia a los antibióticos carbapenémicos, último recurso terapéutico para las infecciones potencialmente mortales por *Klebsiella pneumoniae* (una bacteria intestinal común) se ha extendido a todas las regiones del mundo. *K. pneumoniae* es una causa importante de infecciones nosocomiales, como las neumonías, las septicemias o las infecciones de los recién nacidos y los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Esa resistencia

hace que en algunos países los antibióticos carbapenémicos ya no sean eficaces en más de la mitad de las personas con infecciones por *K. pneumoniae*.

La resistencia a las fluoroquinolonas, una de las clases de fármacos antibacterianos más utilizadas en el tratamiento de las infecciones urinarias por *E. coli*, está muy extendida. En los años ochenta, cuando aparecieron estos fármacos, la resistencia a ellos era prácticamente inexistente. Hoy día hay países de muchas partes del mundo en los que este tratamiento es ineficaz en más de la mitad de los pacientes.

En Austria, Canadá, Eslovenia, Francia, Japón, Noruega, el Reino Unido, Sudáfrica y Suecia se ha confirmado el fracaso del tratamiento de la gonorrea con cefalosporinas de tercera generación, el último recurso terapéutico en estos casos. Diariamente contraen esta enfermedad más de 1 millón de personas.

La resistencia a los antibióticos prolonga la duración de las enfermedades y aumenta el riesgo de muerte. Por ejemplo, se calcula que las personas infectadas por *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina tienen una probabilidad de morir un 64% mayor que las infectadas por cepas no resistentes. La resistencia también aumenta el costo de la atención sanitaria, pues alarga las estancias en el hospital y requiere más cuidados intensivos.

Instrumentos fundamentales para hacer frente a la resistencia a los antibióticos

El informe revela que son muchos los países que carecen de instrumentos fundamentales para hacer frente a la resistencia a los antibióticos, tales como sistemas básicos de seguimiento y monitorización del problema, o en los que estos presentan grandes deficiencias. Algunos países han tomado medidas importantes para solucionar el problema, pero es necesaria una mayor aportación de todos los países y todas las personas.

Otras medidas importantes consisten en la prevención de las infecciones mediante una mejor higiene, el acceso al agua potable, el control de las infecciones en los centros sanitarios y la vacunación, a fin de reducir la necesidad de antibióticos. La OMS también llama la atención para la necesidad de desarrollar nuevos productos diagnósticos, antibióticos y otros instrumentos que permitan a los profesionales sanitarios tener ventaja ante la resistencia emergente.

Este informe es el arranque de un esfuerzo mundial liderado por la OMS para hacer frente al problema de la farmacoresistencia, que implicará el desarrollo de instrumentos y patrones, así como una mejora de la colaboración mundial en el seguimiento de la farmacoresistencia, la medición de sus repercusiones sanitarias y económicas, y el planteamiento de soluciones específicas.

Datos más destacados por regiones de la OMS

Región de África

El informe revela importantes deficiencias en el seguimiento de la resistencia a los antibióticos y que solo se recopilan datos al respecto en un escaso número de países. Los datos disponibles son preocupantes, aunque no permiten evaluar la verdadera

magnitud del problema. Hay una resistencia importante de varias bacterias tanto en los hospitales como en la comunidad. Destaca la significativa resistencia de *E. coli* a las cefalosporinas de tercera generación y a las fluoroquinolonas, dos clases importantes y muy utilizadas de fármacos antibacterianos. En algunas zonas de la región, hasta un 80% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona.

Región de las Américas

La Organización Panamericana de la Salud, que actúa como Oficina Regional de la OMS para las Américas, coordina la recopilación de datos sobre la resistencia a los antibióticos en los hospitales y laboratorios de 21 países de la región. Los datos del informe muestran que en las Américas hay una elevada resistencia de *E. coli* a las cefalosporinas de tercera generación y a las fluoroquinolonas, dos clases importantes y muy utilizadas de fármacos antibacterianos. La resistencia de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación también es elevada y generalizada. En algunos entornos, hasta un 90% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona.

Región del Mediterráneo Oriental

Los datos del informe muestran que la resistencia a los antibióticos está muy extendida en toda la región. En particular, hay una elevada resistencia de *E. coli* a las cefalosporinas de tercera generación y a las fluoroquinolonas, dos clases importantes y muy utilizadas de fármacos antibacterianos. La resistencia de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación también es elevada y generalizada. En algunas zonas de la región, más de la mitad de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona. El informe revela importantes deficiencias en el seguimiento de la resistencia a los antibióticos en la región. La Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental ha identificado una serie de medidas estratégicas para contener la farmacorresistencia y está prestando apoyo a los países para que formulen políticas, estrategias y planes nacionales integrales.

Región de Europa

El informe pone de manifiesto la existencia en toda la región de una amplia resistencia de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación. En algunos entornos, hasta un 60% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona. Aunque la mayoría de los países de la Unión Europea tienen sistemas nacionales e internacionales bien establecidos de seguimiento de la resistencia a los antibióticos, en otros países de la región es urgente reforzar o crear esos sistemas. La Oficina Regional de la OMS para Europa y sus asociados están prestando apoyo a estos países mediante la recién creada Red de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos en Asia Central y Europa Oriental (CAESAR), cuyo objetivo es esta-

blecer una red de sistemas nacionales de seguimiento de la resistencia a los antibióticos en todos los países de la región, para que los datos se recopilen de forma uniformizada y la información sea comparable.

Región de Asia Sudoriental

Los datos revelan que la resistencia a los antibióticos es un problema creciente en esta región, en la que vive una cuarta parte de la población mundial. Hay una elevada resistencia de *E. coli* a las cefalosporinas de tercera generación y a las fluoroquinolonas, dos clases importantes y muy utilizadas de fármacos antibacterianos. La resistencia de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación también es generalizada. En algunas zonas de la Región, más de un 25% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona. En 2011, los ministros de salud de la Región manifestaron en la Declaración de Jaipur su compromiso de luchar contra la farmacorresistencia. Desde entonces ha habido una concienciación cada vez mayor de la necesidad de efectuar un seguimiento apropiado de la farmacorresistencia, y todos los países han acordado aportar información a una base de datos regional. La doctora Poonam Khetrpal Singh, Directora Regional de la OMS para Asia Sudoriental, ha declarado que la farmacorresistencia es un área de trabajo prioritaria de la OMS en la región.

Región del Pacífico Occidental

La colaboración entre los países de esta región en el seguimiento de la resistencia a los antibióticos se estableció en la década de los ochenta, pero sufrió contratiempos tras una serie de emergencias que se produjeron a principios del siglo XXI. No obstante, muchos países de la región disponen desde hace mucho de sistemas nacionales bien establecidos de seguimiento de la resistencia. Recientemente, la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental ha tomado medidas para reavivar la colaboración regional. Este informe muestra una elevada resistencia de *E. coli* a las fluoroquinolonas, una clase importante y muy utilizada de fármacos antibacterianos. La resistencia de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación también es generalizada. En algunas zonas de la región, hasta un 80% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la metilicina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona.

Aunado a todo lo anterior, es fundamental considerar que la problemática que se observa, no solo en Colombia sino en el mundo, en cuanto al manejo de los antibióticos, tiene aspectos puntuales que posibilitan su adquisición por diferentes medios. Hoy, la venta de medicamentos se puede efectuar mediante la red internet, los cuales se dispensan sin fórmula médica. Es importante señalar que se viene incrementando el uso de la internet para efectuar consultas sobre salud y por tanto, se buscan medios para adquirir medicamentos de manera fácil y rápida, que eviten recurrir a una obligatoria prescripción médica.

Corresponde entonces al Gobierno nacional, establecer las medidas para evitar que este creciente fenómeno de adquisición de medicamentos y dentro

de ellos los antibióticos, vía internet, se vuelva una práctica común entre la ciudadanía colombiana, con los riesgos y consecuencias propias para la salud.

Finalmente, y no menos importante es la necesidad de regular, controlar y disminuir el uso de antibióticos en la ganadería, por los efectos que puedan tener sobre la salud humana. Sobre este aspecto es importante señalar que la misma Organización Mundial de la Salud, a través de un informe sobre resistencias antimicrobianas llamó la atención sobre esta situación.

Algunos medicamentos usados para tratar enfermedades en los humanos son ampliamente utilizados en animales sanos como mera prevención. En la actualidad se emplean más antibióticos en veterinaria que en medicina. Como medida, para producir un kilogramo de carne se utilizan en Europa 100 miligramos de antimicrobianos.

Este abusivo gasto de medicamentos se realiza sin necesidad y sin tener una constatación probada de su efectividad. Lo único demostrado es que debido a tal abuso se ha disparado la resistencia inmunológica de los animales a enfermedades que también sufrimos los humanos. Según los expertos de la OMS, es posible que cepas de bacterias con genes de resistencia puedan transferirse de animales a personas por medio de los alimentos. El riesgo es evidente. Si enfermamos con esas cepas resistentes, los antibióticos tradicionales no nos servirán para nada.

Todo lo anterior, hace que la regulación de la venta de medicamentos, el adecuado uso de los antibióticos y la prohibición de venta de antibióticos sin

fórmula médica, sea una necesidad apremiante en la totalidad del territorio colombiano, todo lo cual tendrá unas implicaciones positivas en las condiciones de salud de sus habitantes, debiéndose establecer un adecuado sistema de información que permita realizar un oportuno seguimiento, monitoreo y vigilancia al consumo de medicamentos y en especial a los antibióticos.

Los esfuerzos legislativos emprendidos años atrás, han develado que la debilidad más fuerte de la ley, no está en sí misma, sino en la conciencia de la población frente al uso de medicamentos, y al objetivo de salud que estos cumplen, especialmente en casos como el de los antibióticos, es decir, que los problemas con la automedicación o autoprescripción, radican en ausencias de estrategias específicas de control a la comercialización de medicamentos, además de los procesos de educación frente al autocuidado y la información consentida de los efectos de los medicamentos de venta libre.

Recogemos aquí las observaciones y consideraciones que no fueron incluidas en el articulado propuesto para primer debate, pero quedaron pendientes para el articulado en segundo debate.

Finalmente, el proyecto de ley busca que se establezcan sanciones para quienes incumplan las normas relacionadas con la comercialización de medicamentos, sin las correspondientes fórmulas médicas, en los eventos que así los requieran.

6. Pliego de Modificaciones

Se ajusta la redacción del artículo 7° del proyecto de ley, para mejorar su interpretación y alcance.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA PERMANENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	OBSERVACIONES
<i>por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.</i>	<i>por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.</i>	<i>por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.</i>	SIN MODIFICACIONES
Artículo 1°. Venta de medicamentos bajo fórmula médica. Los medicamentos sometidos al régimen de “venta bajo fórmula médica” serán despachados previa exhibición de la misma y únicamente podrán ser comercializados en farmacias y droguerías, debidamente autorizadas, conforme a la reglamentación vigente.	Artículo 1°. Venta de medicamentos bajo fórmula médica. Los medicamentos sometidos al régimen de “venta bajo fórmula médica” serán despachados previa exhibición de la misma y únicamente podrán ser comercializados en farmacias y droguerías, debidamente autorizadas, conforme a la reglamentación vigente.	Artículo 1°. Venta de medicamentos bajo fórmula médica. Los medicamentos sometidos al régimen de “venta bajo fórmula médica” serán despachados previa exhibición de la misma y únicamente podrán ser comercializados en farmacias y droguerías, debidamente autorizadas, conforme a la reglamentación vigente.	SIN MODIFICACIONES

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA PERMANENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	OBSERVACIONES
<p>Artículo 2º. <i>Dispensación de medicamentos.</i> Los gerentes, propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias, solo podrán vender o entregar medicamentos bajo fórmula médica o control especial, previa presentación de la receta vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un sistema de control y registro que permita efectuar seguimiento de los despachos de medicamentos realizados en el país.</p> <p>Parágrafo 1º. Los medicamentos que se encuentren en el régimen de venta libre, podrán ser vendidos sin el cumplimiento de este requisito, no obstante, los dependientes de las farmacias y droguerías serán responsables de informar a los compradores sobre las restricciones de uso, que se encuentran contenidas en los empaques y/o envases y sobre los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, en un periodo máximo de tres (3) meses, los mecanismos para efectuar seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, <u>promoviendo</u> la participación de organizaciones sociales y ligas de consumidores que ejerzan veeduría ciudadana.</p>	<p>Artículo 2º. <i>Dispensación de medicamentos.</i> Los gerentes, propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias, solo podrán vender o entregar medicamentos bajo fórmula médica o control especial, previa presentación de la receta vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un sistema de control y registro que permita efectuar seguimiento de los despachos de medicamentos realizados en el país.</p> <p>Parágrafo 1º. Los medicamentos que se encuentren en el régimen de venta libre, podrán ser vendidos sin el cumplimiento de este requisito, no obstante, los dependientes de las farmacias y droguerías serán responsables de informar a los compradores sobre las restricciones de uso, que se encuentran contenidas en los empaques y/o envases y sobre los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, en un periodo máximo de tres (3) meses, los mecanismos para efectuar seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, promoviendo la participación de organizaciones sociales y ligas de consumidores que ejerzan veeduría ciudadana.</p>	<p>Artículo 2º. <i>De la Dispensación de medicamentos en el país.</i> Los gerentes, propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias, solo podrán vender o entregar medicamentos bajo fórmula médica o control especial, previa presentación de la receta vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un sistema de control y registro que permita efectuar seguimiento de los despachos de medicamentos bajo fórmula médica realizados en el país.</p> <p>Parágrafo 1º. Los medicamentos que se encuentren en el régimen de venta libre, podrán ser vendidos sin el cumplimiento de este requisito, no obstante, los dependientes de las farmacias y droguerías serán responsables de informar a los compradores sobre las restricciones de uso, que se encuentran contenidas en los empaques y/o envases y sobre los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, en un periodo máximo de tres (3) meses, los mecanismos para efectuar seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, promoviendo la participación de organizaciones sociales y ligas de consumidores que ejerzan veeduría ciudadana.</p>	<p>Se adicionan palabras en la redacción para hacer claridad.</p>

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA PERMANENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	OBSERVACIONES
<p>Artículo 3°. De la automedicación de antibióticos. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará medidas efectivas entre los afiliados al Sistema y entre la ciudadanía en general, a través de programas y campañas educativas de sensibilización, para concientizar a la población colombiana sobre el uso adecuado de los antibióticos y los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 1°. En desarrollo de estos programas y campañas, se deberán considerar aspectos de índole social y cultural, que permitan que la ciudadanía conozca los riesgos que se asumen por la automedicación y las consecuencias sobre la salud.</p> <p>Parágrafo 2°. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), educar a sus afiliados sobre el uso apropiado de los antibióticos y la importancia de cumplir estrictamente las indicaciones de la prescripción.</p> <p>Parágrafo 3°. A través de las farmacias y droguerías se difundirá masivamente la información que se genere dentro de las campañas educativas para el adecuado uso de los antibióticos.</p>	<p>Artículo 3°. De la automedicación de antibióticos. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará medidas efectivas entre los afiliados al Sistema y entre la ciudadanía en general, a través de programas y campañas educativas de sensibilización, para concientizar a la población colombiana sobre el uso adecuado de los antibióticos y los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 1°. En desarrollo de estos programas y campañas, se deberán considerar aspectos de índole social y cultural, que permitan que la ciudadanía conozca los riesgos que se asumen por la automedicación y las consecuencias sobre la salud.</p> <p>Parágrafo 2°. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), educar a sus afiliados sobre el uso apropiado de los antibióticos y la importancia de cumplir estrictamente las indicaciones de la prescripción.</p> <p>Parágrafo 3°. A través de las farmacias y droguerías se difundirá masivamente la información que se genere dentro de las campañas educativas para el adecuado uso de los antibióticos.</p>	<p>Artículo 3°. De la automedicación de antibióticos. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará medidas efectivas entre los afiliados al Sistema y entre la ciudadanía en general, a través de programas y campañas educativas de sensibilización, para concientizar a la población colombiana sobre el uso adecuado de los antibióticos y los riesgos de la automedicación.</p> <p>Parágrafo 1°. En desarrollo de estos programas y campañas, se deberán considerar aspectos de índole social y cultural, que permitan que la ciudadanía conozca los riesgos que se asumen por la automedicación y las consecuencias sobre la salud. Parágrafo 2°. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), educar a sus afiliados sobre el uso apropiado de los antibióticos y la importancia de cumplir estrictamente las indicaciones de la prescripción.</p> <p>Parágrafo 3°. A través de las farmacias y droguerías se difundirá masivamente la información que se genere dentro de las campañas educativas para el adecuado uso de los antibióticos.</p>	SIN MODIFICACIONES
<p>Artículo 4°. <i>Venta y dispensación de antibióticos.</i> La venta y dispensación de antibióticos en el territorio nacional solo podrá efectuarse previa presentación de la fórmula médica o receta vigente.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Venta y dispensación de antibióticos.</i> La venta y dispensación de antibióticos en el territorio nacional solo podrá efectuarse previa presentación de la fórmula médica o receta vigente.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Venta y dispensación de antibióticos.</i> La venta y dispensación de antibióticos en el territorio nacional solo podrá efectuarse previa presentación de la fórmula médica o receta vigente.</p>	SIN MODIFICACIONES

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA PERMANENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	OBSERVACIONES
<p>Artículo 5º. Prohibición de fraccionar. Los propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias no podrán vender de manera fraccionada medicamentos antibióticos al público, ni dispensar tratamientos con medicamentos antibióticos de manera incompleta.</p> <p>Parágrafo. Las farmacias y droguerías deberán ubicar, en lugar visible al público, una leyenda en la cual se transcriba la disposición contenida en este artículo.</p>	<p>Artículo 5º. Prohibición de fraccionar. Los propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias no podrán vender de manera fraccionada medicamentos antibióticos al público, ni dispensar tratamientos con medicamentos antibióticos de manera incompleta.</p> <p>Parágrafo. Las farmacias y droguerías deberán ubicar, en lugar visible al público, una leyenda en la cual se transcriba la disposición contenida en este artículo.</p>	<p>Artículo 5º. Prohibición de fraccionar. Del fraccionamiento de medicamentos. Los propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias no podrán vender de manera fraccionada medicamentos o antibióticos al público, cuando sean de venta con fórmula médica, en una cantidad superior o inferior a la prescrita en la fórmula, ni dispensar tratamientos con medicamentos antibióticos de manera incompleta.</p> <p>Parágrafo. Las farmacias y droguerías deberán ubicar, en lugar visible al público, una leyenda en la cual se transcriba la disposición contenida en este artículo.</p>	<p>Se modifica el artículo, con el fin de que las personas no reciban más medicamentos de los ordenados por su médico.</p>
<p>Artículo 6º. Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley respecto a la dispensación y venta de medicamentos, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, generará las siguientes sanciones:</p> <p>a) Multas sucesivas de hasta de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv);</p> <p>b) Suspensión de la licencia de funcionamiento;</p> <p>c) Cancelación definitiva de la licencia de funcionamiento;</p> <p>d) Cierre temporal del establecimiento;</p> <p>e) Cierre definitivo del establecimiento.</p> <p>Parágrafo. Corresponderá a las autoridades de salud de los departamentos, municipios y distritos imponer las sanciones establecidas en la presente ley.</p>	<p>Artículo 6º. Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley respecto a la dispensación y venta de medicamentos, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, generará las siguientes sanciones:</p> <p>a) Multas sucesivas de hasta de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv);</p> <p>b) Suspensión de la licencia de funcionamiento;</p> <p>c) Cancelación definitiva de la licencia de funcionamiento;</p> <p>d) Cierre temporal del establecimiento;</p> <p>e) Cierre definitivo del establecimiento.</p> <p>Parágrafo. Corresponderá a las autoridades de salud de los departamentos, municipios y distritos imponer las sanciones establecidas en la presente ley.</p>	<p>Artículo 6º. Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, y en el Decreto número 2200 de 2005, respecto de la dispensación y venta de medicamentos, generará las siguientes sanciones, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso:</p> <p>a) Multas sucesivas de hasta de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv);</p> <p>b) Suspensión de la licencia de funcionamiento;</p> <p>c) Cancelación definitiva de la licencia de funcionamiento;</p> <p>d) Cierre temporal del establecimiento;</p> <p>e) Cierre definitivo del establecimiento.</p> <p>Parágrafo. Corresponderá al Ministerio de Salud, reglamentar la disposición de estas acciones, de acuerdo al nivel de incumplimiento de la ley. Serán las autoridades de salud de los departamentos, municipios y distritos las encargadas de imponer las sanciones establecidas en la presente ley, y reglamentadas por el Gobierno.</p>	<p>Se adicionan algunas modificaciones relacionadas al proceso sancionatorio.</p>

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA PERMANENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO	OBSERVACIONES
Artículo 7º. <i>Venta de antibióticos a través de internet.</i> El Gobierno nacional adoptará las medidas pertinentes para regular y controlar la venta de antibióticos a través de la internet y de cualquier otro medio que permita su comercialización sin la exigencia de una fórmula o receta médica.	Artículo 7º. <i>Venta de antibióticos a través de internet.</i> El Gobierno nacional adoptará las medidas pertinentes para regular y controlar la venta de antibióticos a través de la internet y de cualquier otro medio que permita su comercialización sin la exigencia de una fórmula o receta médica.	Artículo 7º. <i>Venta de antibióticos a través de internet.</i> El Gobierno nacional adoptará las medidas pertinentes para regular y controlar la venta de antibióticos a través de la internet y de cualquier otro medio que permita su comercialización sin la exigencia de una fórmula o receta médica.	SIN MODIFICACIONES
Artículo 8º. <i>Antibióticos en animales.</i> El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, dispondrán los mecanismos que permitan regular y controlar efectivamente el uso de antibióticos en animales para el consumo humano.	Artículo 8º. Antibióticos en animales. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, dispondrán los mecanismos que permitan regular y controlar efectivamente el uso de antibióticos en animales para el consumo humano.	Artículo 8º. Antibióticos en animales. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, dispondrán los mecanismos que permitan regular y controlar efectivamente el uso de antibióticos en animales para el consumo humano.	SIN MODIFICACIONES
Artículo 9º. <i>Sistema de información.</i> El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a seis (6) meses, implementará un sistema de información que permita realizar seguimiento, monitoreo y vigilancia, al consumo de medicamentos y en especial de antibióticos en el país y generar políticas que promuevan su consumo responsable dentro de la población colombiana.	Artículo 9º. <i>Sistema de información.</i> El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a seis (6) meses, implementará un sistema de información que permita realizar seguimiento, monitoreo y vigilancia, al consumo de medicamentos y en especial de antibióticos en el país y generar políticas que promuevan su consumo responsable dentro de la población colombiana.	Artículo 9º. <i>Sistema de información.</i> El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a seis (6) meses, implementará un sistema de información que permita realizar seguimiento, monitoreo y vigilancia, al consumo de medicamentos y en especial de antibióticos en el país y generar políticas que promuevan su consumo responsable dentro de la población colombiana.	SIN MODIFICACIONES
Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.	Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.	Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.	SIN MODIFICACIONES

7. Debate Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de fecha martes once (11) de noviembre de 2014, según Acta número 17, Legislatura 2014-2015, fue considerado el informe de ponencia para primer debate y el texto propuesto al **Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado**, por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones, presentada por el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, en su calidad de ponente.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º del Acto Legislativo número 01 de 2009, votación pública y nominal y a la Ley 1431 de 2011, por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el ar-

tículo 133 de la Constitución Política, se obtuvo la siguiente votación:

Puesta a consideración la proposición con que termina el informe de ponencia positiva presentada por el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, se obtuvo su aprobación, con votación ordinaria, por diez (10) votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Andrade Casama Luis Évelis, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Gaviria Correa Sofía, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ospina Gómez Jorge Iván, Pulgar Daza Eduardo Enrique y Uribe Vélez Álvaro.

Puesta a consideración la proposición de votación en bloque (propuesta por el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez), la votación del articulado

(con proposiciones supresivas y modificativas para segundo debate), el título del proyecto y el deseo de la Comisión de que este proyecto tuviera segundo debate, se obtuvo su aprobación, con votación ordinaria, por diez (10) votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Andrade Casama Luis Évelis, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Gaviria Correa Sofía, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Ospina Gómez Jorge Iván, Pulgar Daza Eduardo Enrique y Uribe Vélez Álvaro.

Puesto a consideración el articulado, y luego de presentarse varias opiniones respecto al Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, donde se trataron temas como la automedicación, sus consecuencias y efectos en la salud de los colombianos, el manejo y la calidad de atención del paciente por parte del médico y el droguista, la calidad de los medicamentos otorgados por las EPS, sanciones, la regulación que ya existe acerca de la venta de antibióticos con fórmula médica, se solicitó un receso durante el cual varios Senadores, entre ellos, los honorable Senadores Álvaro Uribe Vélez, Honorio Miguel Henríquez Pinedo y Orlando Castañeda Serrano, se reunieron y hablaron luego con el Ponente, el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, llegando al siguiente acuerdo para segundo debate, y así poder continuar con la discusión y aprobación de la ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado**, según lo expuesto por el honorable Senador Álvaro Uribe Vélez, así:

Que la legislación actual le permite al Gobierno decir cuáles antibióticos necesitan prescripción médica para entregarlos al público y cuáles no. Indicando que con esta ley propuesta, quedaría eliminada esta discrecionalidad y que sería obligatorio que en cualquier caso de venta de antibióticos, se necesitará prescripción médica.

Que se haga una revisión de la escala de sanciones, para segundo debate para que la autoridad vigilante no pueda escoger una u otra sanción, sino que queden en escala, de acuerdo con la primera falta, la segunda, con la gravedad, etc.

Finalmente, el honorable Senador Antonio José Correa, manifiesta su acuerdo, como autor y ponente de esta iniciativa, indicando que acoge las sugerencias de modificación presentadas, indicando que se harán los ajustes del caso para segundo debate.

Puesto a consideración el título del proyecto, este fue aprobado de la siguiente manera: “*por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones*”, tal como fue presentado en el texto propuesto de la ponencia para primer debate.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 8°, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del

artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, se hizo en las siguientes sesiones ordinarias: Martes 21 de octubre de 2014, según Acta número 14. Miércoles 5 de noviembre de 2014, según Acta número 16.

8. Proposición

Por lo anteriormente expuesto solicitamos dar segundo debate, en la Plenaria del Senado de la República, y aprobar el informe de ponencia al **Proyecto de ley número 90 de 2014 Senado**, por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones, conforme al pliego de modificaciones y al texto propuesto.

TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Venta de medicamentos bajo fórmula médica.* Los medicamentos sometidos al régimen de “venta bajo fórmula médica” serán despachados previa exhibición de la misma y únicamente podrán ser comercializados en farmacias y droguerías, debidamente autorizadas, conforme a la reglamentación vigente.

Artículo 2°. *De la dispensación de medicamentos en el país.* Los gerentes, propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias, solo podrán vender o entregar medicamentos bajo fórmula médica o control especial, previa presentación de la receta vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un sistema de control y registro que permita efectuar seguimiento de los despachos de medicamentos bajo fórmula médica realizados en el país.

Parágrafo 1°. Los medicamentos que se encuentren en el régimen de venta libre, podrán ser vendidos sin el cumplimiento de este requisito, no obstante, los dependientes de las farmacias y droguerías serán responsables de informar a los compradores sobre las restricciones de uso, que se encuentran contenidas en los empaques y/o envases y sobre los riesgos de la automedicación.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, en un periodo máximo de tres (3) meses, los mecanismos para efectuar seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, promoviendo la participación de organizaciones sociales y ligas de consumidores que ejerzan veeduría ciudadana.

Artículo 3°. *De la automedicación de antibióticos.* El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará medidas efectivas entre los afiliados al Sistema y entre la ciudadanía en general, a través de programas y campañas educativas de sensibilización, para concientizar a la población colombiana sobre el uso adecuado de los antibióticos y los riesgos de la automedicación.

Parágrafo 1°. En desarrollo de estos programas y campañas, se deberán considerar aspectos de índole social y cultural, que permitan que la ciudadanía conozca los riesgos que se asumen por la automedicación y las consecuencias sobre la salud.

Parágrafo 2°. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), educar a sus afiliados sobre el uso apropiado de los antibióticos y la importancia de cumplir estrictamente las indicaciones de la prescripción.

Parágrafo 3°. A través de las farmacias y droguerías se difundirá masivamente la información que se genere dentro de las campañas educativas para el adecuado uso de los antibióticos.

Artículo 4°. *Venta y dispensación de antibióticos.* La venta y dispensación de antibióticos en el territorio nacional solo podrá efectuarse previa presentación de la fórmula médica o receta vigente.

Artículo 5°. *Del fraccionamiento de medicamentos.* Los propietarios, tenedores, administradores y dependientes de las droguerías y farmacias no podrán vender medicamentos o antibióticos al público, cuando sean de venta con fórmula médica, en una cantidad superior o inferior a la prescrita en la fórmula, ni dispensar tratamientos con medicamentos antibióticos de manera incompleta.

Parágrafo. Las farmacias y droguerías deberán ubicar, en lugar visible al público, una leyenda en la cual se transcriba la disposición contenida en este artículo.

Artículo 6°. *Sanciones.* El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, y en el Decreto número 2200 de 2005, respecto de la dispensación y venta de medicamentos, generará las siguientes sanciones, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso:

- a) Multas sucesivas de hasta de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv);
- b) Suspensión de la licencia de funcionamiento;
- c) Cancelación definitiva de la licencia de funcionamiento;
- d) Cierre temporal del establecimiento;
- e) Cierre definitivo del establecimiento.

Parágrafo. Corresponderá al Ministerio de Salud, reglamentar la disposición de estas acciones, de acuerdo al nivel de incumplimiento de la ley. Serán las autoridades de salud de los departamentos, municipios y distritos las encargadas de imponer las sanciones establecidas en la presente ley, y reglamentadas por el Gobierno.

Artículo 7°. *Venta de antibióticos a través de internet.* El Gobierno nacional adoptará las medidas pertinentes para regular y controlar la venta de antibióticos a través de la internet y de cualquier otro medio que permita su comercialización sin la exigencia de una fórmula o receta médica.

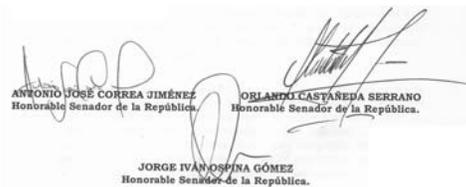
Artículo 8°. *Antibióticos en animales.* El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, dispondrán los mecanismos que permitan regular y controlar efectivamente el uso de antibióticos en animales para el consumo humano.

Artículo 9°. *Sistema de información.* El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a seis (6) meses, implementará un sistema de información que permita realizar seguimiento, monitoreo y vigilancia, al consumo de medicamentos y en especial de antibióticos en el país y generar políticas que promuevan su consumo responsable dentro de la población colombiana.

Artículo 10. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,

De los honorables Senadores,



ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Honorable Senador de la República.

ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO
Honorable Senador de la República.

JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ
Honorable Senador de la República.

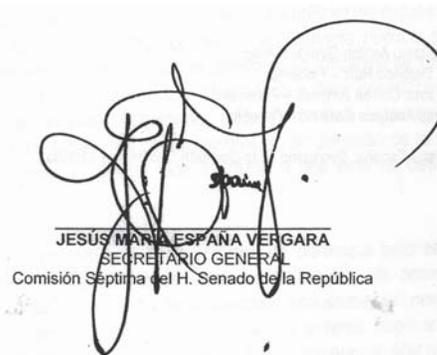
COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en *Gaceta del Congreso de la República***, el siguiente INFORME de ponencia para primer debate.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

**INFORME DE PONENCIA NEGATIVA
PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE
LEY NÚMERO 23 DE 2015 SENADO**

por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.

I. Origen y trámite

Este proyecto de ley fue presentado por primera vez en la Legislatura 2009-2010, bajo el Radicado número 110 de 2009 Senado, por parte del honorable Senador Darío Angarita Medellín del Partido Liberal. En dicha ocasión los ponentes del proyecto de ley fueron los honorables Senadores Germán Antonio Aguirre Muñoz y Jairo de Jesús Tapias Ospina, quienes no presentaron la ponencia correspondiente, motivo por el cual fue archivado por tránsito de legislatura conforme a lo establecido en los artículos 162 de la Constitución Política y 190 de la Ley 5ª de 1992.

En esta ocasión la presente iniciativa es propuesta por parte del honorable Senador Efraín Cepeda Sarría del Partido Conservador, conservando el espíritu y texto de la original.

II. Objeto de la iniciativa legislativa

Para el autor el propósito de esta iniciativa radica en extender al cónyuge, compañero o compañera permanente supérstite, beneficiario de una pensión de sobrevivientes la garantía de que una vez fallezca, cualquier persona puede solicitar el pago del auxilio funerario de que trata el artículo 51 de Ley 100 de 1993, siempre y cuando demuestre haber asumido los gastos del funeral, y hasta por un monto de 10 SMLMV.

Lo anterior, en contra posición a lo establecido en el artículo 18 Decreto Reglamentario número 1889 de 1994 el cual establece que únicamente se otorga el auxilio funerario por una vez a quien demuestre haber sufragado los gastos por el sepelio **de quien era cotizante o pensionado del Régimen de Ahorro Individual.**

III. Marco jurídico del proyecto de ley

• Ley 100 de 1993, *por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.*

Artículo. 51. Auxilio funerario. La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o pensionado, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, según sea el caso, sin que este auxilio pueda ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

Cuando los gastos funerarios por disposición legal o reglamentaria deban estar cubiertos por una póliza de seguros, el Instituto de Seguros Sociales, cajas, fondos o entidades del sector público podrán repetir contra la entidad aseguradora que lo haya amparado, por las sumas que se paguen por este concepto.

• Decreto número 1889 de 1994, *por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 100 de 1993.*

“Artículo 18. Auxilio Funerario. Para efectos de los artículos 51 y 86 de la Ley 100 de 1993 y en el Sistema General de Riesgos Profesionales, se entiende por afiliado y pensionado la persona en favor de quien se hicieron las cotizaciones que originaron el derecho a la pensión”.

IV. Consideraciones

La muerte es una contingencia poco previsible, que implica altos costos y conlleva una consecuencia económica negativa, razón por la cual la ley estableció el auxilio funerario como forma de compensar esta eventualidad que menoscaba la capacidad económica, y que afecta a la familia. Para el Estado dicho evento es de suma importancia por lo cual ha fijado otra contraprestación económicas que contrarresten los efectos de este hecho natural como lo es la pensión de sobrevivientes.

El Sistema de Seguridad Social en Colombia busca auxiliar a toda persona que demuestre haber sufragado esos gastos, de acuerdo a lo establecido en los artículos 51 y 86 de la Ley 100 de 1993, pensando razonablemente los costos funerarios que se puedan causar por la muerte de un afiliado o pensionado, previo el cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Que un afiliado o pensionado fallezca.
2. Que el solicitante del auxilio compruebe haber sufragado los gastos de entierro del afiliado o pensionado por vejez o invalidez.

En el mismo sentido, resaltando la importancia de este “auxilio” la Ley 776 de 2002 la cual consagra:

Artículo 16. Auxilio funerario. La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o de un pensionado por invalidez del Sistema de Riesgos Profesionales, tendrá derecho a recibir un auxilio funerario igual el determinado en el artículo 86 de la Ley 100 de 1993. El auxilio deberá ser cubierto por la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales. En ningún caso puede haber doble pago de este auxilio.

Hay que aclarar que los artículos 51 y 86 de la Ley 100 tienen el mismo texto, y van en el sentido de otorgar el auxilio funerario a quien sufrague los gastos de funeral de un afiliado o pensionado, solo que el primer artículo corresponde a los que pertenecen al Régimen de Prima Media con Prestación Definida y el segundo para las personas que estaban en el Régimen de Ahorro Individual.

Para mayor claridad de lo expuesto es preciso tener en cuenta lo manifestado por el Consejo de Estado, en el Fallo número 3819 del seis (6) de abril del 2011, C. P. Bertha Lucía Ramírez de Páez, en donde se analizó si el Ejecutivo había excedido la potestad reglamentaria con la expedición del artículo 18 del Decreto Reglamentario número 1889 de 1994:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 51 y 86 de la Ley 100 de 1993, transcritos, tanto el afiliado como el pensionado tienen derecho al Auxilio Funerario; el artículo 15 ibídem determina que

los primeros (afiliados), pueden ser obligatorios o voluntarios, según se trate v. gr. de personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, salvo las excepciones previstas en la ley y los grupos de población elegibles para ser beneficiarios de subsidios, a través del Fondo de Solidaridad Pensional; a la categoría de los voluntarios pertenecen los trabajadores independientes y las personas naturales residentes en el país; los colombianos domiciliados en el exterior que no tengan la calidad de afiliados obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la Ley 100 de 1993.

Una sencilla definición de pensionado es toda persona que está disfrutando de un retiro remunerado por haber culminado su vida laboral y según prevé el artículo 13, literal c), de la Ley 100 de 1993, los afiliados tienen derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones y de las pensiones de invalidez, de vejez y de sobrevivientes, conforme a lo dispuesto en dicha ley.

Tal como prevén las normas legales transcritas, quien sufrague los gastos del entierro de un afiliado o de un pensionado, tiene derecho a que se le reconozca un Auxilio Funerario en suma equivalente al último salario base de la cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional, que en orden correspondería al afiliado y al pensionado, con la precisión adicional de que tal auxilio no puede ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes ni superior a diez (10) veces el mismo.

(...)

Por su parte, en una misma línea de concordancia, la norma acusada reitera y precisa quiénes son destinatarios de la prestación aludida, toda vez que menciona las dos categorías señaladas en la ley precitada, vale decir, afiliados y pensionados y si bien es cierto esa disposición también prevé que el pensionado es la persona a favor de quien se hicieron las cotizaciones que dieron lugar a la pensión, ello no implica ni puede interpretarse como una exclusión del otro beneficiario es decir del afiliado, ni que el Auxilio Funerario solo tiene como causa las cotizaciones de quien se encuentre pensionado, pues una interpretación en tal sentido sería desconocer los términos de las disposiciones que la propia norma demandada menciona, estos son los artículos 51 y 86 de la Ley 100 de 1993, los cuales disponen que el Auxilio Funerario se reconoce en equivalente al último salario base de la cotización o al valor correspondiente a la última mesada pensional, según se trate de afiliado o de pensionado y no puede el referido auxilio ser inferior a cinco (5) salario mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario. (Negrillas y subrayado fuera del texto).

Este aparte del fallo nos aclara que los afiliados y pensionados tanto del Régimen de Ahorro Individual como del Régimen de Prima Media, son los únicos que se pueden ver amparados con el beneficio del Auxilio Funerario, es decir que solo en cabeza de ellos se puede generar esta prestación, la cual se da con ocasión a las cotizaciones que en algún momento hicieron en el Sistema; por lo que no es viable

extender este beneficio al cónyuge, compañero o compañera permanente beneficiario de una pensión de sobreviviente o sustitución, debido a que este último no ha realizado aportes al Sistema por la pensión que ostenta, por lo cual no se puede solicitar por persona alguna, que se cancele los gastos de sepelio en los que pudo haber incurrido con ocasión a la muerte de quien era beneficiario de una pensión de sobreviviente, a menos que la pensión de sustitución sea temporal, y de todas formas el beneficiario se encuentra realizando las cotizaciones correspondientes para obtener su pensión de vejez.

En otra parte del citado fallo el Consejo de Estado, se copia un aparte del concepto brindado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público acerca de la norma demandada, el cual conceptuó:

“Lo que sí hizo el decreto reglamentario fue aclarar que para los dos eventos en que procede el pago del auxilio funerario, esto es para el caso de los afiliados y de los pensionados, se entiende por uno y por otro la persona a favor de quien se hicieron las cotizaciones que originaron el derecho a la pensión. Y lo hizo para efectos de aclarar que no procede el auxilio funerario por muerte de un familiar o beneficiario de un afiliado o pensionado, sino solamente por este último.

Ello es así, tanto que cuando se produce una sustitución pensional, a favor por ejemplo del cónyuge supérstite de un pensionado, y después de un tiempo ese cónyuge muere, no se reconoce auxilio funerario por la muerte del cónyuge supérstite, como quiera que cuando murió el causante de la pensión inicial se reconoció el pago del auxilio funerario y porque las cotizaciones que dan derecho al reconocimiento de la prestación las efectuó el causante inicial de la pensión y no su cónyuge supérstite. Es en este punto en donde la norma acusada hace su énfasis”. (Negrilla y subrayado fuera del texto).

De lo anterior se puede concluir que a criterio del Ministerio de Hacienda el reconocimiento del pago del auxilio funerario se origina de las cotizaciones que el afiliado o pensionado ha hecho al Sistema, posición esta que comparto ya que considero que al extenderse esta prestación por la muerte del cónyuge sobreviviente únicamente, se vería vulnerado el derecho a la igualdad de los demás beneficiarios de una pensión de sobrevivientes como lo pueden ser los hijos menores de edad, o incluso los hermanos del afiliado o pensionado que se encuentran en condición de discapacidad y dependían económicamente de él, además que de extenderse generaría costos al Sistema que en este momento no se conoce que exista fuente de financiación para lo mismo.

Reforzando esta posición me permito copiar apartes del Concepto 2011056522-002 del 15 de septiembre de 2011 realizado sobre este tema por la Superintendencia Financiera de Colombia¹:

“En este punto, vale la pena mencionar que desde el año de 1999 esta Superintendencia sostiene como posición institucional que “(...) hay lugar al reconocimiento del auxilio funerario cuando se cumplen las condiciones contenidas en el artículo 51 de

¹ Boletín Jurídico 34, septiembre - octubre de 2011.

la Ley 100 de 1993” y, obviamente, en el artículo 86 *ibidem*, cuyo texto es el mismo del artículo 51 en cuanto a requisitos, y que “**El artículo 18 del Decreto número 1889 de 1994 circunscribe el beneficio del auxilio funerario únicamente al caso del fallecimiento del pensionado o de la persona por quien, en su condición afiliado, se venían realizando cotizaciones, dejando de lado a los que acceden a la pensión como beneficiarios del pensionado o afiliado, reafirmandose así el contenido del artículo 51 de la Ley 100 de 1993**”, por lo que resulta forzoso concluir que “el citado artículo 18, guardando consonancia con las disposiciones de la ley, establece un mecanismo para evitar el pago del auxilio funerario por muerte de quienes solo son beneficiarios de una pensión de sobrevivientes, y que, por no ostentar la calidad de afiliados o pensionados, no generan tal prestación adicional. Es decir que, fallecido el afiliado o pensionado se genera el auxilio funerario, pero, en el evento de fallecer un beneficiario de una pensión de sobrevivientes, no se genera nuevamente el auxilio, por cuanto el beneficiario no era la persona en cuyo favor se venían haciendo las cotizaciones ni tampoco tenía la calidad de pensionado”.

Por lo anterior consideramos que el proyecto de ley propuesto no es viable por cuanto genera desigualdades y costos adicionales al sistema creando un impacto fiscal que impediría la aprobación del mismo.

V. Proposición

Con fundamento en las razones de inconveniencia expuestas, me permito rendir **Ponencia Negativa** y en consecuencia solicitarle a la Comisión Séptima

del Senado de la República **ordenar el archivo** del Proyecto de ley número 023 de 2015.



H. S. ORLANDO CASTAÑEDA
Coordinador Ponente.



H. S. EDUARDO ENRIQUE PULGAR
Ponente.

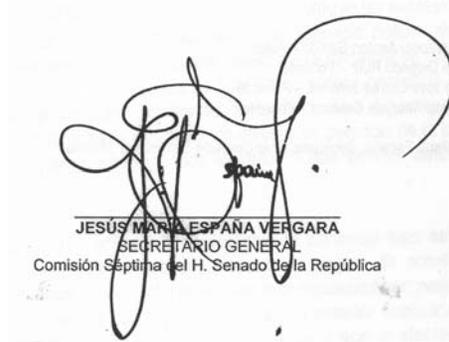
COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente informe de ponencia para primer debate.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 10 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, y se establece el consentimiento informado obligatorio.

Bogotá, D. C.,

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Carrera 7ª N° 8-68

Ciudad

Asunto: Concepto sobre el Proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, y se establece el consentimiento informado obligatorio.

Señor Secretario:

Teniendo presente que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la **Gaceta del Congreso** número 525 de 2015.

Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, formula las siguientes observaciones:

1. Contenido del proyecto

Estructurado en cuatro artículos, plantea la modificación de la Ley 1626 de 2013 en el sentido de incorporar dos disposiciones básicas dentro de la garantía de vacunación contra el virus del papiloma humano. Es así que, es dable recordar que dicha norma, entre otros puntos, establece:

1.1. La garantía ya mencionada a todas las niñas “[...] entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria [...]” (artículo 1º).

1.2. La actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (artículo 2º). Es m, en uno de sus preceptos se dispone:

Parágrafo 3º. 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 dicho virus.

En ese orden, y teniendo en cuenta una serie de situaciones que se han producido, el proyecto plantea que en la aplicación de la vacuna, el consentimiento sea informado tanto de las menores como de quienes ejercen la patria potestad el cual deberá quedar registrado por escrito. En todo caso, el personal médico deberá informar de las consecuencias y de las diferentes alternativas. Se indica que las autoridades administrativas que omitan el cumplimiento de esta obligación “[...] serán sujetos de investigación a que hubiera lugar [...]”.

2. Consideraciones en torno a la iniciativa

Previa la revisión del articulado propuesto, es conducente referirse al consentimiento como un elemento medular de la relación paciente-médico. En concreto, la Ley 1751 de 2015 en su artículo 10, consagra:

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud [...] d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud [...].

Este aspecto ha sido consustancial a la práctica de vacunación pues, salvo por motivos excepcionales y por razones comprobadas de riesgo en salud pública y riesgo frente a terceros, la misma no es obligatoria. Así, dentro de las medidas sanitarias que es posible adoptar en situaciones límite, el artículo 41 del Decreto número 3518 de 2006 contempla las siguientes:

Artículo 41. Medidas sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- b) Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;

d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;

e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;

f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos;

g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;

h) Decomiso de objetos o productos;

i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;

j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

Ahora bien, en el caso *sub examine*, es claro que prima y ha primado la voluntad de las menores y de sus padres y personas que ejercen la patria potestad.

No obstante, la modificación que se plantea en la norma **NO RESULTA CONVENIENTE** para un programa como el que se ha desarrollado hasta el momento conforme a lo que a continuación se expone:

2.1. Se estigmatiza la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) poniéndola como un medicamento “peligroso”, con potenciales efectos secundarios que no son mencionados en forma clara en la propuesta, y mucho menos sustentados científicamente mediante estudios de investigación. Este encasillamiento negativo queda exteriorizado en el párrafo de la exposición de motivos del proyecto en el que se lee:

[...] Sin embargo, la población beneficiaria de la Ley 1626 de 2013 tiene el derecho de conocer y comprender **los posibles efectos secundarios que ésta tiene sobre algunos sectores de la sociedad, quienes tienen una alta potencialidad para contraer enfermedades autoinmunes muy difíciles de curar**, lo que implica mayores costos para el Sistema de Seguridad Social en Salud [...]¹. [Énfasis fuera del texto].

2.2. Los análisis de seguridad de la vacuna, necesarios para su aprobación por los diferentes entes regulatorios internacionales han sido ensayos clínicos blindados con grupos de intervención y grupos placebo y en ninguno de ellos los casos de enfermedades autoinmunes fue mayor en la población intervenida para poder calificar estos eventos como causa —efecto de la vacuna, igualmente, es de anotar que la población objeto de la vacuna es una población en donde estas alteraciones autoinmunes son relativamente frecuentes. En un estudio publicado por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), con datos del periodo pos comercialización 2006-2013 en EE. UU., se confirma el buen perfil de seguridad que ofrece la vacuna contra el VPH.

2.3. En lo sucesivo, no es pertinente la justificación basada en “[...] la desatención a estos casos por parte de las Autoridades Administrativas del Estado [...]”. Sobre este particular, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha estado presente desde la presentación de los primeros casos reportados

1 Cfr. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, *GACETA DEL CONGRESO* No 525 de 2015

en Carmen de Bolívar y, por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (INS) terminó y publicó las conclusiones de la investigación realizada al respecto, documento que no es tenido en cuenta en la exposición de motivos del proyecto de ley. En ese sentido, no hay que pasar por alto que se ha respondido a las denuncias que se han formulado y se ha realizado el seguimiento requerido.

2.4. De otro lado, también en la exposición de motivos, se menciona, en forma temeraria, que: “[...] *En Colombia, han venido aumentando los casos de brotes de enfermedades desarrolladas por pacientes a quienes les fue aplicada la vacuna contra el VPH [...]*”.

Aquí, es oportuno manifestar que no hay ningún soporte científico que respalde esta apreciación, ni por parte de los organismos estatales de Salud, ni tampoco de organismos privados. Los sucesos reportados en las publicaciones periodísticas no dejan de ser casos aislados. Debemos recordar, además, que Colombia ha participado con un número importante de voluntarias en los estudios de seguridad y efectividad de las vacunas contra el VPH, y en ninguna de las publicaciones de estas investigaciones se ha encontrado mayor prevalencia de efectos adversos serios entre las poblaciones intervenidas y los grupos control.

2.5. Tras esto, cabe anotar que la falta de soporte científico del citado proyecto de ley se percibe en el siguiente fragmento: “[...] *En sentido, existen dos vacunas contra el VPH: • PAP (Test Papanicolau) Permite identificar lesiones en el cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer. • Test VPH. Detecta la presencia de virus VPH de alto riesgo [...]*”. Por tanto, claramente se nota que se confunde la prevención primaria con dos tipos de vacunas existentes (Gardasil y Cervarix), frente a las dos formas más frecuentes de hacer prevención secundaria: el test de citología (*Test Papanicolau*) y las pruebas de ADN del Virus del Papiloma Humano.

En concreto, se desconoce un principio fundamental en la prevención de enfermedades y es que el mejor modo de intervenir una población es por conducto de la Prevención Primaria (por ejemplo mediante el uso de vacunas antes de la exposición al agente productor de la enfermedad). Es cierto que la otra modalidad de prevenir la enfermedad es la prevención secundaria que en el caso del cáncer de cuello uterino nos permite identificar las Lesiones Precancerosas a través de pruebas de tamización. Sin embargo, esta intervención acarrea una elevada carga diagnóstica y de tratamientos que se podrían evitar mediante la prevención primaria. Esto significa también una gran carga emocional en las mujeres que deben ser sometidas a colposcopias, biopsias y posteriormente cirugías para eliminar la parte del cuello uterino afectada, además de generar impacto en el sistema de salud, tanto desde el punto de vista asistencial como económico.

El panorama se torna más complejo, si se suman los casos que no son detectados en la etapa pre-cáncer y que se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad (estadios III y IV), en donde la mor-

talidad es mayor al 70% y que usualmente afecta a mujeres de estratos socio-económicos menos favorecidos, la gran mayoría de ellas madre “cabeza de familia”.

2.6. El documento desconoce por completo los estudios de protección a largo plazo de las vacunas, los cuales ya han culminado el seguimiento a 10 años, en los que se ha demostrado la permanencia de la inmunogenicidad de las mismas contra VPH, en las diferentes edades, y que según modelos matemáticos permiten prever que por lo menos durante 20 años después de aplicadas no va a ser necesario colocar refuerzos y mucho menos volver a vacunar a las mujeres.

2.7. La exposición de motivos no hace referencia al desarrollo y próxima comercialización de una vacuna NONVALENTE contra el VPH, la cual aumentará la protección contra 7 virus de alto riesgo y contra dos de bajo riesgo. Tampoco estipula la protección contra otros tipos de cáncer asociados al VPH como son el cáncer de ano, oro-faringe, vulva y vagina, enfermedades que también causan morbilidad y mortalidad muy importantes, especialmente el cáncer de ano que ha mostrado un aumento muy importante en su incidencia.

2.8. El proyecto de ley alude a las declaraciones de algunos investigadores en contra de la Vacunación contra el VPH. Estas apreciaciones no han pasado de ser editoriales o cartas al editor, que sólo reflejan opiniones personales de algunos pocos científicos que en ningún momento son respaldados con investigaciones clínicas fiables, como sí lo han demostrado los diferentes estudios de seguridad y efectividad realizados en miles de participantes, además de los millones de mujeres que han sido vacunadas en el mundo entero sin que se haya descrito un aumento significativo causa-efecto de eventos adversos serios en las poblaciones vacunadas.

2.9. Se menciona en el documento que Japón suspendió la vacunación contra VPH, pero no se señala que al muy poco tiempo restableció el programa de vacunación, una vez que se descartó que la vacuna incrementara el número de eventos adversos serios.

2.10. A todo esto, la exposición de motivos, tampoco refiere a las conclusiones de los Sistemas de salud de España, Francia y Estados Unidos de América respecto a las demandas en contra de la vacuna contra el VPH, y que la vacunación sigue vigente en todos estos países.

2.11. Así las cosas, no es posible establecer cómo el proyecto de ley sustenta la afirmación: “[...] *Por todo lo anterior, es evidente que la vacuna contra el Papiloma Humano a pesar de los beneficios que brinda, puede desarrollar varios efectos adversos en la salud de los pacientes como lo demuestra la comunidad científica [...]*”, cuando no se reseña ni un sólo trabajo científico que haga referencia a desenlaces adversos serios de las vacunas contra el VPH.

2.12. Por último es oportuno anotar que se han descrito efectos sobre el sistema inmune de muchos tipos de vacunas contra diferentes virus, pero en

ningún caso los eventos adversos de este tipo superan los de la población general y la dualidad riesgo-beneficio apoyan su uso, inclusive en enfermedades menos prevalentes y con menor mortalidad que el cáncer de cuello uterino.

En ese orden, se considera que la vacunación (cualquiera que sea) debe contar con un consentimiento informado de la persona, sí se trata de menores el de la persona que ejerza la patria potestad, como cualquier tipo de intervención en Salud, pero **NO** es viable un consentimiento informado específico para la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, lo que conllevaría una discriminación de la vacuna, con resultas nocivas sobre la cobertura, aceptabilidad y beneficios de la vacunación.

En estos términos se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa *sub examine*. Se concluye que la misma es **INCONVENIENTE** y arroja un cúmulo de dudas sobre el VPH sin soporte científico alguno. Adicionalmente, se adjunta la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2007, en la cual se ratifica la seguridad de la vacuna contra el VPH por el Global Advisory Committee on Vaccine Safety de la OMS, así como la bibliografía de soporte.

Atentamente,

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección

ANEXO

“Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas, 12 y 13 de junio de 2007

Seguridad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

A petición del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización, el comité reexaminó la seguridad de las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Se presentó una revisión de los datos probatorios disponibles sobre la seguridad de la vacuna tetravalente contra el VPH (Gardasil®) y la vacuna bivalente contra el VPH (Cervarix®). Entre los datos presentados figuraban los precedentes de ensayos controlados aleatorizados previos a la concesión de la licencia correspondiente e informes de vigilancia posteriores procedentes de dos fabricantes de vacunas y de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) de América y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América.

Los datos probatorios recientes sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH son alentadores. Los datos examinados abarcaban efectos locales y sistémicos en el corto plazo y efectos en el largo plazo, hasta seis años después de la vacunación, inclusive incidentes en el embarazo. Era frecuente la aparición de una reacción en el lugar de la inyección y de dolor muscular. Durante las campañas de vacunación de adolescentes también se notificaron algunas reacciones colectivas sociogénicas, por ejemplo

mareos posteriores a la vacunación y síncope. Tras haber observado a los adolescentes durante 15 minutos después de la vacunación y haberlos alentado a hidratarse bien se previno esa clase de incidentes. No se detectaron problemas relacionados con el perfil de seguridad.

Como cuando se introduce cualquier vacuna nueva, será importante proceder a la vigilancia para detectar posibles efectos adversos infrecuentes inesperados, especialmente porque en general falta información de buena calidad sobre las tasas de diversas enfermedades antes de la introducción generalizada de la vacuna contra el VPH en el grupo de edad destinatario (es decir personas de 9 a 26 años de edad). Además, será importante proceder a una vigilancia atenta para detectar determinados efectos adversos durante el embarazo porque el grupo destinatario abarca a mujeres en edad fecunda.

Se informó al Comité de algunos estudios previstos, la mayor parte de ellos en países desarrollados, para seguir de cerca la aparición de efectos adversos de la vacunación contra el VPH. El Comité consideró que sería muy conveniente que los protocolos de esos estudios se pusieran a disposición del público para alentar a hacer estudios semejantes en otros lugares, entre ellos países en desarrollo. La evaluación de los efectos adversos, especialmente incidentes en el largo plazo, y de la eficacia de la vacuna contra el VPH se vería muy facilitada si se llevaran registros nacionales de todos los vacunados. Se ha previsto hacer esto en algunos países y se fomenta la difusión de esa práctica en otros lugares”.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89:465-91.
2. Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, Szarewski A, Paavonen J, Naud P, HPV PATRICIA Study Group. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* 2012; 13:100-10.
3. Smith MA, Liu B, McIntyre P, Menzies R, Dey A, Canfell K. Fall in genital warts diagnoses in the general and indigenous Australian population following implementation of a national human papillomavirus vaccination program: analysis of routinely collected national hospital data. *J Infect Dis.* 2015; 211:91-9.
4. Scheller NM, Svanström H, Pasternak B, Amheim-Dahlström L, Sundstrom K, Fink K, *et al.* Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the Central Nervous System. *JAMA.* 2015; 313:54-61.
5. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED Jr, Aranda C, Jessen H, *et al.* HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2011; 365:1576-85.
6. Olsen D, Gylling A, Olsen J, Richard P, Drury R. Early decrease in anogenital warts treatment when introducing a broad quadrivalent HPV vacci-

nation program. Eurogin 2015. Sevilla, España. 4-7 febrero 2015.

7. Kjaer SK, Nygard M, Dillner J, Munk C, Marshall B, Hansen BT, *et al.* Long-term effectiveness and safety of Gardasil™ in the nordic countries. EUROGIN 2015. Sevilla, España. 4-7 febrero 2015.

8. Joura EA, Garland SM, Paavonen J, Ferris DG, Perez G, Ault KA; FUTURE I and II Study Group. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ.* 2012; 344 :e1401.

9. Isaacs K, Pinto LA, Kemp TJ, Abrahamsen M, Torres BN, Quiterio M, *et al.* A phase 11 study of Gardasil in human papillomavirus research the mid-adult male vaccine study The MAM Study. EUROGIN 2015. Sevilla, España. 4-7 febrero 2015.

10. Garland SM. The Australian experience with the human papillomavirus vaccine. *Clin Ther.* 2014; 36:17-23.

11. Ferris D, Samakoses R, Block SL, Lazcano-Ponce E, Restrepo JA, Reisinger KS, *et al.* Long-term study of a quadrivalent human papillomavirus vaccine. *Pediatrics.* 2014; 134:e657-65.

12. Dunne EF, Markowitz LE, Saraiya M, Stokley S, Middleman A, Unger ER, *et al.* CDC Grand Rounds: reducing the burden of HPV-associated cancer and disease. *MMWR.* 2014; 63:69-72.

13. Chao C, Klein NP, Velicer CM, Sy LS, Slezak JM, Takhar H, *et al.* Surveillance of autoimmune conditions following routine use of quadrivalent human papillomavirus vaccine. *J Intern Med.* 2012; 271:193-203.

14. CHMP (Comité de medicamentos de uso humano de la EMA). Opinión positiva sobre Gardasil para la prevención de lesiones precancerosas anales y cáncer anal. En: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/... 25 de abril de 2014.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los siete (7) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015).

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones:

Concepto emitido por: Ministro de Salud y Protección Social.

Suscrito por: Alejandro Gaviria Uribe.

Título del proyecto y número: Proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, y se establece el consentimiento informado obligatorio.

Número de folios: once (11) folios

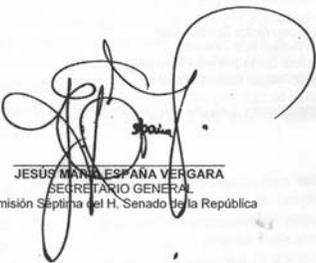
Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: (Lunes siete (7) de septiembre de 2015

Hora: 2:58 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

Cordialmente,

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 685 - miércoles 9 de septiembre de 2015

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia y texto Propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993. [Auxilio funerario]..... 1

Informe de ponencia y texto para segundo debate al proyecto de ley número 90 de 2014 Senado, por medio de la cual se establecen medidas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para reglamentar la venta de medicamentos y el adecuado uso de los antibióticos, se prohíbe la venta de antibióticos sin fórmula médica y se dictan otras disposiciones 3

Informe de ponencia negativa para primer debate al proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993..... 22

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social al proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, y se establece el consentimiento informado obligatorio..... 24