



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - Nº 1006

Bogotá, D. C., jueves, 17 de noviembre de 2016

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.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 TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 123 DE 2016 SENADO, 082 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre de 2016

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para tercer debate al Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.

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 de esta iniciativa, rendimos informe de ponencia para tercer debate al **Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.**

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

En el periodo 2009 se puso a consideración del Congreso una iniciativa semejante, el Proyecto de ley número 107 Cámara, por el Representante a la Cámara Musa Besaile Fayad, con el que buscaba se reconociera la infertilidad como una enfermedad, y se autorizara su inclusión en el entonces llamado Plan Obligatorio de Salud.

En la Legislatura 2013-2014 también se presentó por parte del Representante a la Cámara Laureano Acuña el Proyecto de ley número 109 de 2013 Cámara, *por medio de la cual se quería reconocer la infertilidad como enfermedad y se establecían criterios para su cobertura médico/asistencial por parte del sistema de salud del Estado.* Los anteriores proyectos fueron archivados.

El proyecto de ley en estudio fue presentado por los honorables Representantes Martha Patricia Villalva Hodwalker, Ana María Rincón Herrera, Wilmer Ramiro Carrillo Mendoza, Albert Díaz Lozano, Carlos Arturo Correa Mojica, Éduard A. Díaz Granados Abadía, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Jairo Enrique Castiblanco Parra, Juan Felipe Lemos Uribe, Christian José Moreno Villamizar, Cristóbal Rodríguez Hernández, Nicolás Dalien Guerrero Montaña, Martha Cecilia Curi Osorio, Luz Adriana Moreno Marmolejo y los honorables Senadores Jimmy Chamorro Cruz, Armando Alberto Benediti Villaneda y entre otros; en el cual se recogen los aspectos relevantes de las iniciativas anteriores.

El primer debate se surtió en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes el día 1º de diciembre de 2015 siendo aprobado en su totalidad tal como consta en *Gaceta del Congreso* número 206 de 2016.

El segundo debate adelantado por la plenaria de la Cámara de Representantes se llevó a cabo el día 10 de

agosto de 2016, siendo aprobado tal como consta en *Gaceta del Congreso* número 106 de 2016.

En continuidad del trámite legislativo, el Proyecto de ley número 082 de 2016 Cámara, fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de Senado, siendo designados como ponentes para tercer debate los honorables Senadores: Yamina Pestana Rojas, Jorge Iván Ospina Gómez, Antonio José Correa Jiménez y como ponente coordinadora la honorable Senadora Nadia Blé Scaff.

2. Objeto y justificación del proyecto

La presente iniciativa tiene como objeto declarar la infertilidad como una enfermedad de salud pública y establecer los lineamientos para el desarrollo de la política nacional de prevención y tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva; como una respuesta a las exhortaciones que en sucesivos fallos (**Sentencias T-528 de 2014, T-274 de 2015, Sentencia T-306 de 2016**) ha efectuado la Corte constitucional al Gobierno nacional frente a la situación que tienen que enfrentar las personas que padecen de infertilidad y no cuentan con recursos económicos, que sin lugar a dudas configura una flagrante vulneración al derecho a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia y las disposiciones de la jurisprudencia internacional derivada de los tratados que regulan la materia.

Marco Constitucional

Las prerrogativas que conceden los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991. Los derechos sexuales y reproductivos en la Constitución de 1991 están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1º y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49 y a la educación (artículo 67), entre otros.

– Desarrollo Jurisprudencial

La línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional progresivamente reconoce la infertilidad como una enfermedad que puede trastocar el núcleo primigenio de derechos fundamentales.

Inicialmente, esta Corporación señaló que la acción de tutela no procedía en tales casos, principalmente debida a que este tipo de tratamientos estaban expresamente excluidos del POS. Además (i) su costo excesivo representaba una disminución en el cubrimiento de servicios de salud prioritarios; (ii) el derecho a la procreación no puede extenderse hasta el punto de constreñir a la administración a garantizar la maternidad biológica de una persona cuyo condicionamiento biológico *per se* no le permite su goce **E** y (iii) en virtud de la libertad de configuración legislativa, era posible la exclusión del POS de los tratamientos de fertilidad, es decir, se trataba de un ejercicio legítimo del desarrollo de dicha facultad[23].

No obstante, como parte de esta línea, la Corte matizó algunos casos en los que se hacía procedente la garantía de los derechos a la salud en amparo a los tratamientos de fertilidad, a saber: (a) cuando el tratamiento de fertilidad ya ha sido iniciado por parte de la EPS y esta lo interrumpe de manera inesperada, es decir, que no hay una razón científica que sustente dicho proceder; (b) cuando lo solicitado por el accionante es

la práctica de exámenes con el fin de diagnosticar cuál es la causa de la infertilidad; y por último, (c) cuando la infertilidad es la consecuencia de otra enfermedad[24]. La Corte estimó en dichos casos, que en virtud de los principios de confianza legítima y de la continuidad en la prestación del servicio de salud, no era permitido a las EPS suspender los tratamientos de fertilidad ya iniciados, a pesar de que no tuvieran la obligación de suministrarlos[25]. Igualmente protegió en su momento el derecho al diagnóstico y a la falta de certeza sobre la enfermedad, ordenando la práctica de exámenes, con el fin de que la persona tuviera pleno conocimiento sobre su estado de salud, aclarando siempre que ello no suponía la realización del tratamiento de fertilidad[26].

Posteriormente, mediante la sentencia **Sentencias T-528 de 2014**, apoyada en distintos pronunciamientos de organismos internacionales, ha señalado actualmente, *que el ejercicio de los derechos reproductivos supone el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir responsablemente el número de hijos. Por ende, la injerencia injustificada sobre este tipo de decisiones, trae consigo la limitación en el ejercicio de otros derechos fundamentales como la libertad y la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad personal y familiar y el derecho a conformar una familia.* (Subrayado fuera del texto).

Hizo referencia la sentencia a la relación entre el derecho a la reproducción humana y el derecho fundamental a la salud en su faceta reproductiva. Sobre este asunto, explicó que el derecho a la reproducción humana “*se deriva de los derechos a la libertad y a la autodeterminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad personal y familia y a la libertad para fundar una familia*”, y según el Comité de Derechos Humanos “*la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia*”.

De igual forma, señaló que “*existe un vínculo estrecho entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica, este último conectado, a su vez, con el derecho a la salud, debido a que [s]iendo la preservación de las condiciones físicas, psicológicas y espirituales de la persona objeto de protección del derecho fundamental a la integridad personal existe una estrecha relación entre este derecho y el derecho a la salud, [pues este último] protege igualmente la preservación de la integridad de la persona humana, no solo frente a agresiones humanas sino también frente a todo tipo de agentes naturales o sociales*”.

Concordante con lo anterior, la Corte recordó que el derecho fundamental a la salud protege varios ámbitos de la vida humana, identificando distintas categorías como la salud física, la salud psicológica, la salud mental, la salud emocional y la salud social. Dentro de tales categorías se encuentra la salud sexual y reproductiva, entendida esta última como “[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) [E]ntraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

De igual forma, se remitió a lo dispuesto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto a que la “salud reproductiva implica además los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables”.

Hizo igual referencia a lo establecido por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, en el sentido de que “[d]eberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas” para combatir la infertilidad, lo que guarda estrecha relación con el goce de los beneficios del progreso científico. Sobre este punto precisó:

“Partiendo de este amplio reconocimiento, señaló la Corte IDH que ‘[d]el derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia,] se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona”.

Con fundamento en lo anterior, en la citada providencia se exhortó al Gobierno, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, para que revisara la situación de aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos para costear los tratamientos de fertilidad e iniciara una discusión pública y abierta que incluyera en la agenda la posibilidad de ampliar la cobertura del Plan Obligatorio de Salud. Lo anterior considerando que varios países de América Latina con una situación económica, social y política similar a la de Colombia han avanzado en la regulación de las técnicas y los tratamientos de reproducción humana asistida y/o en su inclusión en el sistema público de salud o en los seguros sociales. Además, concluyó que no era aceptable que para el año 2014, esto es, pasados más de veinte años desde la expedición de la Ley 100 de 1993 y más de cinco años de haberse proferido la Sentencia T-760 de 2008, el Estado continúe dando la misma respuesta a las personas que padecen infertilidad, a sabiendas que el sistema de seguridad social en salud debe ser progresivo. (Subrayado fuera del texto).

Posteriormente la Sentencia T-274 de 2015 previó un alcance mayor en el análisis del reconocimiento de los tratamientos de fertilidad excluidos del POS, teniendo presente que (i) involucran facetas diferentes a la del derecho a la salud en su concepción de mera ausencia de dolencias o enfermedades y (ii) por ende, el test de comprobación debe partir de la premisa de la posible afectación de otros derechos como la libertad, la vida privada y familiar, la salud reproductiva, el libre desarrollo de la personalidad, la igualdad, entre otros, así como del impacto desproporcionado que puede generar la prohibición de tales tratamientos sobre las personas que no cuentan con los recursos económicos para asumir su costo y que desean procrear de manera biológica.

Así entonces, el estudio sobre la posibilidad de acceder al tratamiento recomendado como excluido del Plan Obligatorio de Salud, debe ser analizado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

(i) Que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la normativa legal o administrativa del Plan de Beneficios vulnere o ponga en inminente riesgo los derechos fundamentales a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia. Como se expuso previamente, tratándose de tratamientos de fertilidad debe ampliarse el ámbito de protección en la medida en que, si bien esta enfermedad no involucra gravemente la vida, la dignidad o a la integridad personal del paciente, sí podría llegar a interferir negativamente en otras dimensiones vitales desde el punto de vista del bienestar psicológico y social, el derecho a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia, facetas que igualmente deben ser protegidas por el juez constitucional.

(ii) Que el médico tratante haya prescrito el tratamiento evaluando las condiciones específicas de la paciente, en factores como (i) la condición de salud; (ii) la edad; (iii) el número de intentos que deban realizarse y su frecuencia; (iv) la capacidad económica, previendo los posibles riesgos y efectos de su realización y justificando científicamente la viabilidad del procedimiento.

(iii) Que se trate de un medicamento, servicio, tratamiento, prueba clínica o examen diagnóstico que no tenga sustitutos en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan.

(iv) Que el paciente no tenga capacidad económica para sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud. Debe exigirse un mínimo de diligencia del afiliado en demostrar a la EPS a la que se encuentre afiliado o, de ser el caso, al juez de tutela que conozca el asunto de su condición económica y la imposibilidad de asumir los costos del tratamiento solicitado.

Por último en reciente Sentencia T-306 de 2016, concluye la Corte entonces para este caso, que la falta de un tratamiento que puede mejorar la salud reproductiva de la accionante, lesiona claramente sus derechos constitucionales; recuerda además, que de cara a las consideraciones hechas en la Sentencia C-313 de 2014 que revisó la Ley Estatutaria en Salud, los pacientes tienen derecho al beneficio de la tecnología y avances de la ciencia para paliar y mejorar su estado de salud en las facetas que se encuentren afectadas.

Igualmente, la negativa de un tratamiento de fertilidad infringe, tanto la dimensión reproductiva del derecho a la salud, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad, en su núcleo esencial de autodeterminación reproductiva y libertad para tomar las decisiones que más convengan en el proyecto de vida familiar, y a la igualdad en las perspectivas enunciadas: (i) la que apunta a una discriminación indirecta en relación con el género, en tanto la utilización de las tecnologías de reproducción asistida se relaciona especialmente con el cuerpo de las mujeres y, por lo tanto, tiene un impacto negativo sobre ellas y (ii) la que supone un trato discriminado para aquellas personas que sufren de infertilidad, que tienen derecho, como se indicó, a acceder a las técnicas necesarias para resolver los problemas de salud reproductiva, también de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.

Experiencia Internacional¹

En varios países del mundo los tratamientos de infertilidad y de reproducción asistida se encuentran incluidos en los planes de salud pública.

En **Argentina**, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionó el cinco (5) de junio de dos mil trece (2013) la Ley 26.862, cuyo objeto es garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Dicha norma incluye en el Programa Médico Obligatorio (PMO) los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, entre ellos, la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA), y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca el Ministerio de Salud de la Nación, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios. La cobertura prestacional la deben brindar los establecimientos asistenciales de los tres (3) subsectores de la salud: público, seguridad social (obras sociales) y privado (medicina prepaga). La Ley 26.862, que busca materializar la prevalencia de los derechos de toda persona a la paternidad/maternidad y a formar una familia, en íntima conexión con el derecho a la salud, fue reglamentada por el Decreto número 956 de 2013, normativa que identifica las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja y alta complejidad comprendidas en la ley, ubicando entre estas últimas a la fecundación in vitro.

En **Brasil**, el Ministerio de Salud mediante la Portaria (Ordenanza) número 3149 del veintiocho (28) de diciembre de dos mil doce (2012), destinó recursos financieros a los establecimientos de salud que realizan procedimientos de atención a la reproducción humana asistida, en el ámbito del sistema único de salud (Sistema Único de Saúde (SUS)), incluyendo la fertilización in vitro y/o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, bajo las siguientes consideraciones:

La Constitución de 1988 consagra en el Título VIII del Orden Social, en el Capítulo VII, artículo 226, párrafo 7°, la responsabilidad del Estado con respecto a la planificación familiar;

La asistencia en la planificación familiar debe incluir la provisión de todos los métodos y técnicas para la concepción y la anticoncepción, científicamente aceptados, de conformidad con la Ley 9263 del doce (12) de enero de mil novecientos noventa y seis (1996), que regula el artículo 226 de la Constitución Federal que se ocupa de la planificación familiar.

La Portaria (Ordenanza) número 426/GM/MS del veintidós (22) de marzo de dos mil cinco (2005), instituye la Política Nacional de Atención Integral en Reproducción Humana Asistida.

La Portaria (Ordenanza) número 1459/GM/MS del veinticuatro (24) de junio de dos mil once (2011), ins-

tituyó en el ámbito del sistema único de salud (SUS) la Red Cigüeña, cuyos artículos 2° y 4° consagran la garantía de acceso a acciones de planificación reproductiva.

La necesidad de las parejas a la atención de la infertilidad en referencia a los servicios de alta complejidad para la reproducción humana asistida, y entendiendo que ya existe un conjunto de iniciativas de atención a la reproducción humana asistida en el SUS, y que las normas para el financiamiento de los servicios en el ámbito de dicho sistema están en la fase de definición.

En **Uruguay**, el poder legislativo mediante la Ley número 19.167 del doce (12) de noviembre de dos mil trece (2013), reguló las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente, así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realizan. Entre estas técnicas, se incluyeron la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, cigotos y embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional contemplada en el artículo 25 de la ley, que pueden aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil.

El artículo 3° del texto normativo establece como deber del Estado garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. El artículo 5°, diferencia entre los procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad y baja complejidad y establece su cobertura.

Así, define como técnicas o procedimientos de baja complejidad aquellos en función de los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino, los cuales quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por este, cuando la mujer no sea mayor de cuarenta (40) años.

Continúa señalando la disposición normativa que las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide tiene lugar fuera del aparato femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no, precisando que serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el poder ejecutivo.

Igualmente, indica que las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.

¹ Tomada de la exposición de motivos del proyecto de ley aquí tratado.

En Chile también se viene avanzando en el tema del acceso a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Recientemente se aprobó la ley de reproducción asistida, después de un largo proceso de acercamiento y sensibilización del tema. La Ministra de Salud precisó que se aplicará por etapas debido al alto costo que implicará para el Estado. En una primera instancia las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) deberán ofrecer las técnicas de baja complejidad (inseminación artificial y medicación para relaciones sexuales programadas) y solo, en algunas excepciones brindarán las de alta complejidad (esencialmente, fertilización in vitro).

En México, hasta el momento no se ha regulado el derecho a la planificación familiar en el aspecto referente a la fertilización como una prestación pública a cargo del erario popular, pues aún está en la fase de discusión la reglamentación general de la materia, que incluye lo relativo a los métodos de reproducción asistida.

– Audiencia Pública

Fortaleciendo el proceso legislativo mediante la participación democrática de distintos sectores relacionados con la iniciativa legislativa; el pasado 13 de octubre de 2016 se llevó a cabo audiencia pública a fin de debatir la posibilidad de incluir en el Plan de Beneficios del sistema de seguridad social en Salud, las técnicas de reproducción humana asistida reconocidas científicamente para el tratamiento de la infertilidad, del cual se obtuvieron las siguientes observaciones:

– Inexistencia de una política nacional frente a la infertilidad como una enfermedad de interés público que atenta contra la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

– Deficiencias en el sistema de salud para la formulación de diagnósticos y tratamiento oportuno.

– Deficiente acceso a información y esquemas de prevención de infertilidad y enfermedades asociadas.

– Reconocimiento de tratamientos de fertilidad por parte de las EPS mediante procedimiento judicial (Tutela) como único mecanismo de garantía a la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva.

– Costo e impacto fiscal al sistema de seguridad social en salud por la inclusión de los tratamientos de reproducción asistida al POS.

Atendiendo a estas observaciones y las proposiciones suministradas por los intervinientes se procede a adaptar el articulado frente a las exigencias de la realidad social y la imperante necesidad de salvaguardar las garantías fundamentales.

Frente a las precisiones, es menester destacar que el reconocimiento de garantías fundamentales dentro del Estado social de derecho no puede encontrarse limitado a las afectaciones económicas que implica la adaptación del sistema para materializar la protección; en esa medida el Estado es llamado a asumir el costo del Estado social de derecho. No es aceptable que pasados más de veinte años de la expedición de la Ley 100 de 1993, el Estado continúe dando la misma respuesta a las personas que padecen infertilidad, a sabiendas que el sistema de seguridad social en salud debe ser progresivo y más aún cuando varios países de América Latina con una situación económica, social y política similar a la de Colombia han avanzado en la regulación de las técnicas y los tratamientos de reproducción humana asistida y/o en su inclusión en el sistema público de salud o en los seguros sociales.

3. Pliego de Modificaciones

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE
<p>Artículo 1°. Objeto. Incluir en el Plan de Beneficios del sistema de seguridad social en Salud, las técnicas de reproducción humana asistida reconocidas científicamente para el tratamiento de la infertilidad; la práctica de los estudios requeridos para su diagnóstico, los requisitos para el funcionamiento de los centros de atención en fertilidad y los lineamientos para la Política Pública en dichos tratamientos, previo estudio técnico e impacto fiscal.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto declarar la infertilidad como una enfermedad y establecer los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención y tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.</p> <p>Se mejora redacción</p>
<p>Artículo 2°. Definiciones.</p> <p>Infertilidad: La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas.</p> <p>Técnicas de reproducción humana asistidas: se entiende por técnicas de reproducción humana asistidas todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.</p>	<p>Artículo 2°. Definiciones.</p> <p>Infertilidad: La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas.</p> <p>Técnicas de reproducción humana asistidas: se entiende por técnicas de reproducción humana asistidas todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.</p> <p>Queda igual</p>
<p>Artículo 3°. Campo de aplicación y requisitos para ser beneficiario. La presente ley se aplicará a todos los ciudadanos afiliados en el Sistema de Salud Pública, para lo cual se requiere:</p> <p>a) Ser ciudadano colombiano de nacimiento o poseer la nacionalidad colombiana;</p> <p>b) Cumplir con los requisitos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 3°. Política pública de infertilidad. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social adelantará la política pública de infertilidad con miras a garantizar el pleno ejercicio de las garantías sexuales y reproductivas y su protección a través del sistema de seguridad social en salud, en el término de 6 meses.</p> <p>La política pública de infertilidad desarrollará los siguientes componentes:</p> <p>– Investigativo: Fomento de la investigación científica, en los sectores público y privado, sobre las diversas causas de la infertilidad y los tratamientos que podrían coadyuvar a prevenirla, tratarla y curarla.</p> <p>– Preventivo: Desarrollo integral e interdisciplinario de estrategias de promoción y prevención de la infertilidad y las enfermedades asociadas a la misma.</p> <p>– Educativo: La educación sexual y reproductiva incluirá la información sobre infertilidad y su abordaje terapéutico, en temas como: hábitos de vida saludables que actúan como factores protectores de la infertilidad sobreniamente; la relación entre las causas de la infertilidad y otras patologías asociadas; los programas y tratamientos de infertilidad; y otros temas relevantes para la atención integral de esta enfermedad.</p> <p>– Diagnóstico y tratamiento oportuno: Establecimiento de esquemas de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno frente a la patología infertilidad; así como fomento de la formación de profesionales de la salud en el área de la infertilidad, desde una perspectiva integral.</p> <p>– Adopción: Establecimiento de lineamientos sociales y legales de priorización que permitan garantizar el derecho a formar una familia a partir de la institución de la adopción a las personas diagnosticadas como infértiles.</p> <p>Se elimina el artículo, y se sustituye por el nuevo texto</p>

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PORPUESTO PARA TERCER DEBATE	TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE CÁMARA	TEXTO PORPUESTO PARA TERCER DEBATE
<p>Artículo 4°. <i>Entidad responsable.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social es la autoridad encargada de la aplicación de la presente ley, por lo cual, contará con un término de seis (6) meses, a partir de la expedición de esta ley para:</p> <p>1. Determinar entre otros requisitos: la edad, condición de la salud del paciente, número de ciclos o intentos que deban realizarse, frecuencia, capacidad económica del afiliado, tipo de infertilidad a tratar, para poder acceder al derecho de tratamiento de reproducción humana asistida; así como las demás condiciones y/o requisitos que estime pertinentes;</p> <p>2. Definir los sistemas sanitarios, la infraestructura técnica, tecnológica y contractual requerida para la prestación e inclusión de este servicio en el Plan de Beneficios.</p> <p>3. Realizar los estudios necesarios para el diagnóstico y caracterización sobre la infertilidad en el país.</p> <p>4. Determinar los lineamientos para la política pública en torno a tratamientos de reproducción humana asistida.</p> <p>5. Los demás que considere necesarios para la aplicación de la presente ley.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Tratamientos de fertilidad.</i> Establecida la política pública de infertilidad en un término no inferior a un año, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el acceso a los tratamientos de fertilidad mediante técnicas de reproducción humana asistida con recursos públicos destinados a la salud, atendiendo a los siguientes lineamientos:</p> <p>1. Determinar entre otros requisitos: la edad, condición de la salud del paciente, número de ciclos o intentos que deban realizarse, frecuencia, capacidad económica del afiliado, tipo de infertilidad a tratar, para poder acceder al derecho de tratamiento de reproducción humana asistida; así como las demás condiciones y/o requisitos que estime pertinentes;</p> <p>2. Definir los sistemas sanitarios, la infraestructura técnica, tecnológica y contractual requerida para la prestación e inclusión de este servicio en el Plan de Beneficios.</p> <p>3. Los demás que considere necesarios para la aplicación de la presente ley.</p> <p><u>Se elimina el artículo, y se sustituye por el nuevo texto</u></p>	<p>Artículo 7°. <i>Investigación y prevención.</i> El Gobierno nacional por medio del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud incentivará la investigación y equipamiento con tecnología de punta para este tipo de tratamientos.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, adoptarán las medidas necesarias para regular, la inspección, vigilancia y control de los centros médicos que realicen los diagnósticos y tratamientos de reproducción humana asistida.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social:</p> <p>a) Ofrecerá a la población el acceso oportuno a la información relacionada con la prevención de la infertilidad;</p> <p>b) Fomentará la formación de los profesionales de la salud en el área de la infertilidad, desde una perspectiva integral;</p> <p>c) Impulsará campañas dirigidas a la población, relativa al problema de la infertilidad y su abordaje terapéutico por parte del sistema de salud, en temas como: hábitos de vida saludables que actúan como factores protectores de la infertilidad sobreviniente; la relación entre las causas de la infertilidad y otras patologías asociadas; los programas y tratamientos de infertilidad; y otros temas relevantes para la atención integral de esta enfermedad;</p> <p>d) Elaborará estadísticas pertinentes.</p>	<p>Artículo 7°. <i>Investigación y prevención.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud promoverá proyectos de investigación que tengan como objetivo establecer la caracterización de la infertilidad y los índices de morbilidad en el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, adoptarán las medidas necesarias para regular, la inspección, vigilancia y control de los centros médicos que realicen los diagnósticos y tratamientos de reproducción humana asistida.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social:</p> <p><u>Se mejora la redacción del artículo</u></p>
<p>Artículo 5°. <i>Determinación del impacto fiscal.</i> El Ministerio de Hacienda y Crédito Público determinará, en un plazo de seis (6) meses contados a partir de la entrega del estudio enunciado en el parágrafo del artículo cuarto (4°), el impacto fiscal que generará la inclusión de las técnicas de reproducción humana asistida reconocidas científicamente para el tratamiento de la infertilidad; la práctica de los estudios requeridos para su diagnóstico y los lineamientos para la Política Pública en dichos tratamientos.</p>	<p><u>Se elimina el artículo.</u></p>	<p>Artículo 8°. <i>Registro Único.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social creará un registro único en el que estarán los centros de atención especializada autorizados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, así como de los pacientes tratados. Quedan incluidos los bancos receptores de gametos y/o embriones.</p> <p>Los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida solo podrán realizarse en los centros de atención especializada que estén en el Registro y que por lo tanto, cumplen con los requisitos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 8°. <i>Registro Único.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social creará un registro único en el que estarán los centros de atención especializada autorizados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, así como de los pacientes tratados. Quedan incluidos los bancos receptores de gametos y/o embriones.</p> <p>Los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida solo podrán realizarse en los centros de atención especializada que estén en el Registro y que por lo tanto, cumplen con los requisitos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><u>Artículo queda igual.</u></p>
<p>Artículo 6°. <i>Inclusión en el Plan de Beneficios.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social una vez obtenida la cifra del impacto fiscal antes enunciado, deberá en un plazo no superior de seis (6) meses:</p> <p>a) Reglamentar esta ley;</p> <p>b) Incluir las técnicas de reproducción humana asistida reconocidas científicamente para el tratamiento de la infertilidad; la práctica de los estudios requeridos para su diagnóstico y los lineamientos para la Política Pública en dichos tratamientos;</p> <p>c) Realizar la apropiación presupuestal necesaria para tal fin.</p>	<p><u>Se elimina el artículo.</u></p>	<p>Artículo 9°. <i>Asociaciones Público-Privadas.</i> Para los propósitos de la presente ley, y con el fin de garantizar la cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida, el uso de tecnología de punta, el equipo técnico y humano idóneo en procedimientos de alta y baja complejidad, se podrán establecer Asociaciones Público-Privadas.</p>	<p>Artículo 9°. <i>Asociaciones Público-Privadas.</i> Para los propósitos de la presente ley, y con el fin de garantizar la cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida, el uso de tecnología de punta, el equipo técnico y humano idóneo en procedimientos de alta y baja complejidad, se podrán establecer Asociaciones Público-Privadas.</p> <p><u>Artículo queda igual.</u></p>
<p>Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 10. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.</p>

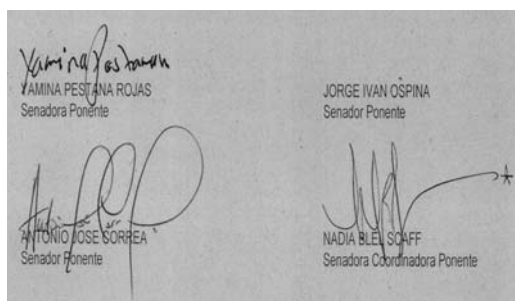
El título, se modifica y queda de la siguiente manera:

“Por medio de la cual se reconoce la infertilidad como enfermedad y se establecen los lineamientos para la política pública en tratamientos de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones”.

Proposición

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, rendimos Ponencia Positiva y se solicita a la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima dar tercer debate al **Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.**

Para su consideración,



TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 123 DE 2016 SENADO, 082 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce la infertilidad como enfermedad y se establecen los lineamientos para la política pública en tratamientos de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto declarar la infertilidad como una enfermedad y establecer los lineamientos para el desarrollo de la política nacional de prevención y tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Artículo 2º. Definiciones.

Infertilidad: La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

Técnicas de reproducción humana asistidas: se entiende por técnicas de reproducción humana asistidas todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

Artículo 3º. Política pública de infertilidad. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social adelantará la política pública de infertilidad con miras a garantizar el pleno ejercicio de las garantías sexuales y reproductivas y su protección

a través del sistema de seguridad social en salud, en el término de 6 meses.

La política pública de infertilidad desarrollará los siguientes componentes:

– **Investigativo:** Fomento de la investigación científica, en los sectores público y privado, sobre las diversas causas de la infertilidad y los tratamientos que podrían coadyuvar a prevenirla, tratarla y curarla.

– **Preventivo:** Desarrollo integral e interdisciplinar de estrategias de promoción y prevención de la infertilidad y las enfermedades asociadas a la misma.

– **Educativo:** La educación sexual y reproductiva incluirá la información sobre infertilidad y su abordaje terapéutico, en temas como: hábitos de vida saludables que actúan como factores protectores de la infertilidad sobreviniente; la relación entre las causas de la infertilidad y otras patologías asociadas; los programas y tratamientos de infertilidad; y otros temas relevantes para la atención integral de esta enfermedad.

– **Diagnóstico y tratamiento oportuno:** Establecimiento de esquemas de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno frente a la patología infertilidad; así como fomento de la formación de profesionales de la salud en el área de la infertilidad, desde una perspectiva integral.

– **Adopción.** Establecimiento de lineamientos sociales y legales de priorización que permitan garantizar el derecho a formar una familia a partir de la institución de la adopción a las personas diagnosticadas como infértiles.

Artículo 4º. Tratamientos de fertilidad. Establecida la política pública de infertilidad, en un término no inferior un año el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el acceso a los tratamientos de fertilidad mediante técnicas de reproducción humana asistida con recursos públicos destinados a la salud, atendiendo a los siguientes lineamientos:

1. Determinar entre otros requisitos: la edad, condición de la salud del paciente, número de ciclos o intentos que deban realizarse, frecuencia, capacidad económica del afiliado, tipo de infertilidad a tratar, para poder acceder al derecho de tratamiento de reproducción humana asistida; así como las demás condiciones y/o requisitos que estime pertinentes.

2. Definir los sistemas sanitarios, la infraestructura técnica, tecnológica y contractual requerida para la prestación e inclusión de este servicio en el Plan de Beneficios.

3. Los demás que considere necesarios para la aplicación de la presente ley.

Artículo 5º. Investigación y prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud promoverá proyectos de investigación que tengan como objetivo establecer la caracterización de la infertilidad y los índices de morbilidad en el territorio nacional.

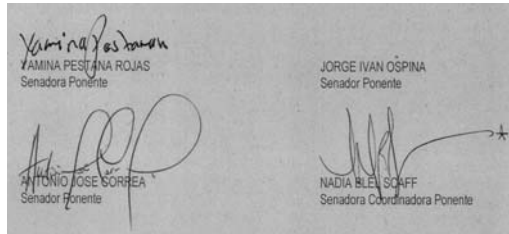
Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, adoptarán las medidas necesarias para regular, la inspección, vigilancia y control de los centros médicos que realicen los diagnósticos y tratamientos de reproducción humana asistida.

Artículo 6°. Registro Único. El Ministerio de Salud y Protección Social creará un registro único en el que estarán los centros de atención especializada autorizados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, así como de los pacientes tratados. Quedan incluidos los bancos receptores de gametos y/o embriones.

Los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida solo podrán realizarse en los centros de atención especializada que estén en el Registro y que por lo tanto, cumplen con los requisitos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 7°. Asociaciones Público-Privadas. Para los propósitos de la presente ley, y con el fin de garantizar la cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida, el uso de tecnología de punta, el equipo técnico y humano idóneo en procedimientos de alta y baja complejidad, se podrán establecer Asociaciones Público-Privadas.

Artículo 8°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.



* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 129 DE 2016 SENADO

por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

Bogotá, D. C., noviembre de 2016

Senador

ÉDINSON DELGADO RUIZ

Presidente

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Ciudad

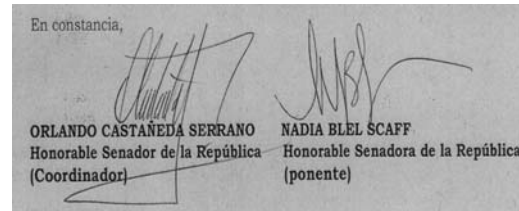
Asunto: Informe de Ponencia para primer debate, al Proyecto de ley número 129 de 2016 Senado, por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

Respetado señor Presidente:

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 primer debate al **Proyecto de ley número 129 de 2016 Senado, por la cual se establecen normas para la pro-**

tección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

En constancia,



INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 129 DE 2016 SENADO

por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

1. Objeto del proyecto de ley

El presente proyecto de ley, busca el establecimiento de lineamientos para la creación de políticas públicas encaminadas a la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada a la radiación solar. Teniendo en cuenta que, aunque la luz solar es necesaria para la vida y genera beneficios para el cuerpo humano, también puede traer graves consecuencias en su salud, cuando las personas se exponen de manera prolongada a las radiaciones solares sin la adecuada protección.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, han determinado que la exposición a los rayos solares sin la protección adecuada, causa efectos negativos para la salud, principalmente enfermedades como el cáncer de piel, envejecimiento prematuro de la piel, cataratas y otras enfermedades oculares.

2. Antecedentes

El Proyecto de ley número 129 de 2016 Senado, fue radicado el pasado 31 de agosto de 2016 y el autor es el honorable Senador Antonio Guerra de la Espriella del Partido Cambio Radical.

A este proyecto se le ha asignado el número 129 de 2016 Senado, radicado en la Comisión Séptima el 6 de septiembre de la presente anualidad, y publicado en *Gaceta del Congreso número 695 de 2016*.

Una vez surtido el trámite del proyecto en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y por disposición de la Mesa Directiva de la misma fuimos designados como ponentes de dicha iniciativa junto con la honorable Senadora Nadia Georgette Blel Scaff.

En concordancia, procedemos a dar ponencia al proyecto de ley en mención.

3. Contenido y alcance del proyecto de ley

El Proyecto de ley número 129 de 2016 consta de nueve (9) artículos incluida la vigencia, referentes a aspectos que se señalarán a continuación:

El artículo 1° establece el objeto de la ley en estudio.

El artículo 2° establece en cabeza del Gobierno nacional la obligación de estructurar una política pública integral de protección y prevención orientada a reducir los efectos nocivos que en la salud de las personas causa la exposición a la radiación solar.

El artículo 3° determina las obligaciones de prevención para las entidades públicas y privadas en las cuales las personas deban estar expuestas a la radiación solar.

El artículo 4° consagra normas especiales para los establecimientos educativos.

El artículo 5° establece normas especiales para los empleadores.

El artículo 6° asigna a los Ministerios de Salud y de Trabajo las competencias de control y seguimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley.

El artículo 7° asigna al Gobierno nacional competencia para la realización de campañas de difusión y promoción de los niveles de radiación ultravioleta en todo el territorio, así como de los efectos nocivos para la salud de las personas.

El artículo 8° contiene la actualización que debe hacer el Ministerio de Salud, a través del Invima de la reglamentación sobre los requisitos de la información que deben, contener las etiquetas de los protectores solares y productos cosméticos y que sean comercializados en nuestro país.

El artículo 9° se ocupa de las vigencias y derogatorias.

4. Marco constitucional y legal

El presente proyecto de ley, del que trata esta ponencia, es de iniciativa congregacional, de acuerdo a lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992. Y adicionalmente acoge los principios de iniciativa legislativa, formalidad en publicidad, unidad de materia y título de ley, contenidos en los artículos 150, 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política.

A. Constitución Política

Artículo 49, el cual consagra la atención de la salud y el saneamiento ambiental con servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

B. Legislación y reglamentación colombiana

– Ley 1384 de 2010.

– Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020.

– Sentencia C-967 de 2003.

5. Consideraciones generales y justificación

En relación con el aumento de las cifras de cáncer de piel y demás efectos nocivos que la radiación solar produce en los seres humanos, sumado también a la ubicación de nuestro país en la zona ecuatorial, y ante la ausencia de una política pública integral de prevención, se gesta esta iniciativa, que pretende la consolidación de una **política pública integral de prevención y manejo de las enfermedades atribuidas a la exposición a la radiación solar**.

El establecimiento de una conciencia informada en las personas, sobre la importancia de tomar medidas

de protección evitará a la postre los efectos ya mencionados en la salud y de paso se ahorrarían importantes recursos para el sistema de atención pública, que tantas deficiencias presupuestales tiene en la actualidad

Si bien se reconoce el cáncer de piel como uno de los efectos más severos de la radiación solar en la población, es necesario recordar que existen otras manifestaciones negativas en la salud de las personas, tales como quemaduras en la piel, pigmentación inmediata o diferida, alteraciones en el sistema inmunológico, insolaciones, envejecimiento prematuro de la piel, aparición de tumores cutáneos, alteraciones oculares.

La OMS ha estimado que en la actualidad 16 millones de personas en todo el mundo están siendo afectadas de ceguera por cataratas; del número total de estos casos, a más del 20% se le atribuye a la exposición a los rayos solares.

Ante la existencia cierta de los efectos de la radiación solar en nuestra población, de parte del Gobierno nacional se identifica la existencia de unos lineamientos contenidos en el Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia 2012-2021.

Sin embargo, en nuestro criterio brilla por su ausencia en nuestro país el establecimiento de una política pública integral en materia de prevención y protección de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada a la radiación solar.

A partir de esta cierta necesidad, consideramos como ponentes, importante esta iniciativa legislativa que busca otorgarle herramientas al Gobierno nacional en la prevención y el manejo de las enfermedades relacionadas con los efectos de la radiación en los humanos.

6. Proposición

Por lo anteriormente expuesto, solicitamos dar primer debate, en Comisión Séptima de Senado de la República, y aprobar el informe de ponencia que hemos presentado al **Proyecto de ley número 129 de 2016 Senado**, por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

ARTICULADO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO

AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 83 DE 2016 SENADO

por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene el objeto de establecer medidas de protección y prevención para reducir los efectos nocivos en la salud de la población por causa de la exposición a la radiación solar.

Artículo 2°. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, elaborará una política pública integral de protección y prevención, para reducir los efectos nocivos que, en la salud de la población, puedan causarse con la exposición a la radiación solar.

Parágrafo. Para el establecimiento de la política pública integral de que trata la presente ley, el Gobierno nacional tendrá (6) meses, contados a partir de su promulgación.

Artículo 3°. Con el fin de generar conciencia en la población y reducir los efectos nocivos ocasionados por la exposición a la radiación solar, las entidades públicas y privadas a nivel nacional, en las cuales sus trabajadores o personal vinculado tengan que permanecer expuestos a la radiación solar por largos periodos, seguirán los siguientes lineamientos para la protección a las personas:

a) Por lo menos una vez al año desarrollarán actividades destinadas a informar y sensibilizar a las personas acerca de los riesgos por la exposición a la radiación solar y la manera de prevenir los daños que esta pueda causar;

b) En lo posible evitarán la realización de actividades al aire libre durante los horarios de mayor radiación solar, en las cuales se exponga a las personas a altos índices de radiación solar;

c) En caso de existir espacios con altos niveles de radiación solar, colocarán carteles o anuncios donde se incluya lo siguiente:

“La exposición prolongada a la radiación solar produce daño a la salud”;

d) En lugares donde se presenten altos niveles de radiación solar, se deben promover acciones efectivas que permitan la generación de espacios sombra que puedan ser usados por los ciudadanos, si estos deben permanecer en esos espacios por largos periodos.

Artículo 4°. *Obligaciones de las instituciones educativas.* Los directores de las instituciones educativas públicas y privadas, al inicio del período de clases o del período académico, informarán a los estudiantes sobre los efectos nocivos para la salud por la exposición prolongada a la radiación solar, recomendándoles hacer uso de los elementos de protección idóneos.

Los centros educativos deben contar con zonas protegidas de radiación solar, en los espacios donde se lleven a cabo actividades al aire libre, la existencia de estas zonas libres de radiación solar serán supervisadas por el Ministerio de Educación.

Los directores de instituciones educativas evitarán la realización de actividades con exposición prolongada a la radiación solar, debiendo tomarse las medidas de protección complementarias en los casos en que se consideren necesarias.

Artículo 5°. *Obligaciones de los empleadores.* Los empleadores, independientemente del régimen laboral al que pertenezcan sus trabajadores y demás personas vinculadas, tienen la obligación de adoptar medidas de protección cuando, debido a la naturaleza del trabajo que realizan sus trabajadores y demás personas vinculadas, estén expuestos de manera prolongada a la radiación solar.

En caso tal que los trabajadores estén expuestos de manera prolongada a la radiación solar, desde el inicio de la relación laboral y a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el empleador debe informarlos sobre los efectos nocivos para la salud por la exposición prolongada a la radiación solar, haciéndoles

entrega de los elementos de protección idóneos con la debida capacitación para su adecuado uso.

Parágrafo. El Gobierno nacional mediante decreto establecerá los elementos mínimos que tendrá que recibir cada trabajador cuando se encuentre expuesto a radiación solar por largos periodos. Del mismo modo establecerá las sanciones y/o multas a imponer en caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley, para lo cual tendrá un plazo máximo de (6) meses, contados a partir de su promulgación.

Artículo 6°. *Control y seguimiento.* El Gobierno nacional por medio de los Ministerios de Salud, de Educación y de Trabajo, serán los responsables de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.

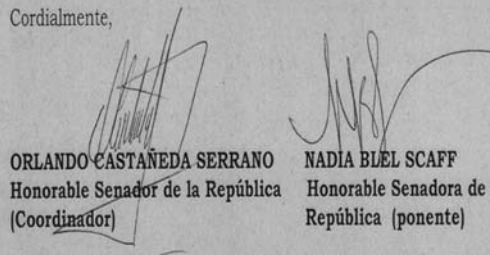
Artículo 7°. *Difusión de los niveles de radiación solar.* El Gobierno nacional, dentro de sus políticas públicas incluirá campañas de difusión de los niveles de la radiación ultravioleta en todo el país, así como sus efectos nocivos para la salud, las cuales deben incluir folletos informativos de distribución gratuita en los establecimientos públicos.

Artículo 8°. El Gobierno nacional, por medio del Ministerio de Salud e Invima, actualizará la reglamentación sobre los requisitos de la información que deben contener las etiquetas de los protectores solares y productos cosméticos que incluyan estos productos, y sean comercializados en nuestro país. De tal forma que se garantice la adecuada información a los ciudadanos, sobre los reales niveles de protección de cada producto y la necesidad de su uso cuando se presente exposición a la radiación solar.

Artículo 9°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,

Cordialmente,



ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO NADIA BLEL SCAFF
Honorable Senador de la República Honorable Senadora de la República (ponente)
(Coordinador)

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 59 DE 2016 SENADO

por la cual se toman medidas a fin de garantizar la efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.

Bogotá, D. C., noviembre de 2016

Doctor

ÓSCAR MAURICIO LIZCANO

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 059 de 2016 Senado, por la cual se toman medidas a fin de garantizar la efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.

Honorables Senadores de la República:

Tras la designación que realizó la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y según lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, sometemos a consideración de los honorables Senadores el informe de ponencia para segundo debate del Proyecto de ley número 059 de 2016 Senado, *por la cual se toman medidas a fin de garantizar la efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.*

I. Trámite de la iniciativa

La presente iniciativa fue radicada el pasado 28 de julio de 2016 por los honorables Senadores de la bancada del Centro Democrático: Álvaro Uribe Vélez, Orlando Castañeda Serrano, Fernando Araújo, Ernesto Macías, Paloma Valencia, María del Rosario Guerra, Carlos Felipe Mejía Mejía, y Honorio Henríquez Pinedo.

Le correspondió el número 059 de 2016 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 566 de 2016. Y por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fuimos designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa, los Senadores Sofía Gaviria Correa, Yamina Pestana Rojas, Álvaro Uribe Vélez, Orlando Castañeda Serrano, y Honorio Henríquez Pinedo como coordinador.

El día 25 de octubre de 2016 se discutió y aprobó sin modificación alguna el informe de ponencia para primer debate, el cual se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 872 de 2016. Y en la misma sesión, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República designó como ponentes para rendir informe ante la Plenaria, a los Senadores Sofía Gaviria Correa, Yamina Pestana Rojas, Álvaro Uribe Vélez, Orlando Castañeda Serrano, y Honorio Henríquez Pinedo como coordinador.

II. Objeto

El presente proyecto de ley, de acuerdo con su artículo 1º, tiene por objeto establecer medidas puntuales e inmediatas que hagan efectivo el derecho fundamental a la salud reconocido en la Constitución Política y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para que a los menores de 18 años con cáncer o con presunción de esta enfermedad, se les garantice el acceso a los servicios asistenciales de salud oncopediátrica.

III. Contenido de la iniciativa

El presente proyecto de ley, además del título, cuenta con cuatro (4) artículos, entre ellos el de la vigencia.

Su **artículo 1º** corresponde al objeto del proyecto de ley, el cual busca establecer medidas puntuales e inmediatas que hagan efectivo el derecho fundamental a la salud reconocido en la Constitución Política y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para que a los menores

de 18 años con cáncer o con presunción de esta enfermedad se les garantice el acceso a los servicios asistenciales de salud oncopediátrica.

El **artículo 2º** regula el retiro de la licencia de funcionamiento o de habilitación por calificación deficiente en la evaluación de Indicadores del Goce Efectivo, a los prestadores y aseguradores que ofrecen servicios sin capacidad, siempre y cuando se registre ante la Superintendencia Nacional de Salud que estos tienen los más bajos índices de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio de salud de oncopediatria por lo menos en un año.

El **artículo 3º** consagra la prelación en el giro directo a la red prestadora de servicios de salud de menores con patologías de cáncer o relacionadas con esta, a cargo del Ministerio de Hacienda, teniendo como condición previa la debida auditoría de las cuentas para garantizar el recibo del pago por las prestaciones necesarias y oportunas, que a su vez, facilitarán el acceso al servicio de la población a la que se refiere este proyecto de ley y aliviarán la situación de los prestadores.

Y el **artículo 4º** señala que esta iniciativa regirá a partir de la fecha de su promulgación, modifica las disposiciones a las que se refiere expresamente y las que sean contrarias de manera expresa o tácita.

IV. Aspectos generales

Según la exposición de motivos de este proyecto de ley *“en 2014 el Sistema de Salud atendió alrededor de 20.707¹ menores con cáncer, tendencia que se ha mantenido en el país desde el año 2009 a la fecha, y demostró la importancia de priorizarles la prestación del servicio de salud. Se ha estimado que cada año en Colombia se presentan alrededor de 2.200 casos nuevos de cáncer pediátrico, y según el Sivigila 2015 esta enfermedad está presentando un aumento de entre el 0,5% al 1% por año.*

Muchos de estos menores con cáncer luchan diariamente para que se les preste de manera oportuna y eficiente los servicios de salud, ya que son muchas las barreras de acceso que deben derribar para poder conseguir que se les garanticen los tratamientos, medicamentos, citas médicas con especialistas, exámenes diagnósticos, entre otras solicitudes. Estas barreras administrativas en la mayoría de los casos se traducen en la interrupción, falta de continuidad y abandono de los tratamientos.

Según el Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil, en 2011 el 93% de las familias de niños con diagnóstico de cáncer tuvo que recurrir a la acción de tutela para garantizarles el derecho a la salud, y por ende el derecho a la vida, convirtiéndose estas en el mecanismo más utilizado para superar las barreras administrativas.

Entre los años 2013 y 2014, según datos de la Defensoría del Pueblo², se presentaron 2.184 acciones de tutela por parte de los menores con cáncer, discriminadas de la siguiente manera:

¹ www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Situacion-Cancer-infantil-colombia-sept-2015.pdf.

² Respuesta a solicitud de información, Radicado 201500841459. Defensoría del Pueblo al Senador Orlando Castañeda.

1. Número de solicitudes de tutelas para niños menores de 18 años diagnosticados con cáncer en las que se solicitan tratamientos:

AÑO	POS CONTRIBUTIVO	POS SUBSIDIADO
2013	373	635
2014	262	0

2. Número de solicitudes de tutelas para niños menores de 18 años diagnosticados con cáncer en las que se solicitan medicamentos:

AÑO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
2013	0	718
2014	32	217

3. Número de solicitudes de tutelas para niños menores de 18 años diagnosticados con cáncer en las que se solicitan citas con especialistas:

AÑO	POS CONTRIBUTIVO	POS SUBSIDIADO
2013	141	282
2014	0	220

4. Número de solicitudes de tutelas para niños menores de 18 años diagnosticados con cáncer en las que solicitan exámenes e imágenes diagnósticas:

AÑO	NO POS SUBSIDIADO	POS SUBSIDIADO
2013	102	479
2014	0	129

Lo anterior deja entrever la necesidad de tomar medidas que permitan superar estas deficiencias, en especial debido a que las IPS se han justificado ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República en las diferentes audiencias sobre la Proposición número 2 de 2015, y han denunciado ante los medios de comunicación que la falta de pago de las cuentas por parte de las entidades prestadoras de salud y de las administradoras de planes de beneficios, se ha traducido en una dificultad para prestar los servicios de salud a la comunidad en general.

Para el caso de los menores con cáncer, es necesario tomar medidas que garanticen la prestación de los servicios en salud, ya que la falta de atención médica en el 60% de los casos se traduce en muerte. Se estima que cada año se presentan alrededor de 550 muertes en menores de 18 años a causa del cáncer, siendo esta la segunda causa de mortalidad infantil en el país. Según el DANE, solamente en el año 2015 se presentaron 518³ muertes en menores de 14 años por esta enfermedad.

También hemos podido establecer que existe una gran desigualdad en la atención de los menores según el régimen de salud al que pertenecen. Es así como se ha demostrado que los porcentajes de sobrevivencia de cinco niños en esta población varían de la siguiente manera:⁴

3 DANE. Preliminares 2015. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS).

4 Entrevista a Óscar Ramírez, hematoncólogo pediatra y director de Vigicáncer y de la Fundación Pohema. Cali. <http://www.elspectador.com/noticias/salud/cancer-infantil-colombia-mas-retos-soluciones-articulo-625871>.

RÉGIMEN DE SALUD ⁴	PORCENTAJE
Medicina Prepagada	82
Plan Obligatorio de Salud Contributivo y otros regímenes excepcionales	63
Plan Obligatorio de Salud Subsidiado	45
Población pobre no asegurada	28

En distintos lugares del país hemos conocido denuncias por la falta de prestación de servicios de salud a los menores con cáncer; por ejemplo, en Cali (Valle del Cauca), el Hospital Universitario del Valle⁵ a través de su Unidad de Pediatría solía atender a diario un promedio de 500 niños con enfermedades graves, entre ellas el cáncer. Hoy en día, debido a la crisis en el sistema de salud, está atendiendo menos de 10 niños al día, y solo para patologías menores, y en el caso particular de la Unidad de Hemato-oncología Pediátrica del hospital, se están atendiendo en promedio tres menores con cáncer, cuando se tiene capacidad para 22 menores. En septiembre del año 2015, una tutela fallada por el Tribunal Superior de Cali permitió la atención de por lo menos unos 50 niños con cáncer para no permitir el embargo de los recursos en salud del Hospital Universitario.

Esta misma situación se repite en Bucaramanga (Santander), donde en octubre del año pasado 50 madres de niños con cáncer⁶ denunciaron que no se les prestaban los servicios oncopediátricos a los menores en la Clínica Materno Infantil San Luis, porque Saludcoop EPS adeuda más de dos mil millones de pesos. Otro ejemplo que muestra la dura realidad sobre esta problemática, fue el caso de un menor con cáncer de pulmón en Neiva (Huila), quien en el mes de abril del año en curso tuvo que hacer huelga con sus padres para que se le autorizara un procedimiento médico.

Estas son solo algunas de las razones que nos motivaron a realizar el presente proyecto de ley, considerando que las medidas propuestas pueden ayudar en gran medida a la población infantil con cáncer en el país y se les garantiza el derecho a la salud como el interés superior que debe tener”.

V. Fundamentos jurídicos

La Constitución Política establece en su artículo 44 que “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

5 <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/hay-insumos-basicos-unidad-pediatria-huv>.

6 <http://www.lafm.com.co/nacional/noticias/50-ni%C3%B1os-c%C3%AIncer-est%C3%AIn-tratamiento-190331>.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

De acuerdo con el artículo 150 constitucional, el Congreso de la República está facultado para hacer las leyes.

La Ley Estatutaria número 1751 de 2015 “*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*” establece en el literal f) del artículo 6º la prevalencia de derechos para niños y adolescentes como uno de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, y el artículo 11 consagra que los niños y adolescentes son sujetos de especial protección entre las “*mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad*”, y que su atención en salud no tendrá restricciones administrativas o económicas.

En relación con la iniciativa parlamentaria que se propone, está la Ley 1388 de 2010 “*por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*”, la cual tiene por objeto según su artículo 1º “*Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin*”.

Sobre las condiciones de habilitación para cumplir con los servicios de aseguramiento y prestación sobresalen las siguientes normas:

Es de la mayor relevancia resaltar que en el año 2006, por medio del Decreto número 1011, se creó el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que crea el Sistema Único de Habilitación** (Capítulos I y II del Título III) cuyo objeto fue y ha sido:

“El conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

Lo anterior resalta la importancia de la verificación, tanto en su inicio como en su desarrollo y permanencia, de las condiciones que acrediten la **capacidad científica y tecnológica**, así como las condiciones de capacidad financiera, tanto de prestadores como de aseguradores.

En adelante, el marco normativo para el procedimiento de verificación y control de estándares de calidad para la prestación de los servicios de aseguramiento y de salud, se ha venido complementando. Por su importancia lo referimos así:

– El numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, consagra la función que tiene el Ministerio de Salud y de la Protección Social de expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para Entidades Prestadoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, y Direcciones.

– El artículo 56 de la Ley 715 de 2001 sobre la inscripción en el Registro Especial de las Entidades de Salud, refuerza el presente Proyecto de Ley porque vincula a todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel de complejidad, para evidenciar ante el Ministerio de Salud y de la Protección Social su capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa para la prestación del servicio a su cargo.

– El artículo 2º del Decreto-ley 4107 de 2011 establece las funciones del Ministerio de Salud y de la Protección Social que en su mayoría parten de la formulación de políticas, y en su numeral 2 establece que dirige y orienta el sistema de vigilancia en salud pública. En cuanto a las competencias de inspección, vigilancia y control sobre las condiciones de calidad en la prestación de los servicios, estas recaen en la Superintendencia Nacional de Salud según el numeral 10 del artículo 6º del Decreto número 2462 de 2013 que modificó su estructura.

El parágrafo del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012, precisa una condición para las nuevas Instituciones Prestadoras de Salud con el fin que desde el inicio de sus actividades y para contratar servicios de salud deban contar con la verificación de las condiciones de habilitación por autoridad competente, la cual será previa para los servicios de urgencias y servicios de alta complejidad, porque para los otros servicios se permite la operación sin habilitación previa. Por lo tanto, se desprende de esta norma que para los servicios oncológicos se debe contar con la habilitación y verificación previa por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley 1733 de 2014 que tiene por objeto reglamentar el derecho que tienen las personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos y a desistir de tratamientos innecesarios, justamente se refiere en su artículo 5º a estos derechos. Y en su artículo 7º regula el talento humano incorporado en la Red de Atención de las Entidades Prestadoras de Salud, capacitado en cuidado paliativo y que reciba educación continuada al respecto.

De otro lado, el control y vigilancia de las condiciones financieras y económicas de los prestadores y aseguradores tienen los siguientes antecedentes específicos:

El Decreto número 971 de 2011 según su artículo 1º “*tiene por objeto definir el instrumento jurídico y técnico para efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado y para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen*”.

Y resaltamos la entrada en vigencia de la Ley 1797 de 2016, que procura dar alternativas de alivio y flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia los prestadores, la cual en su articulado

regula la redistribución de recursos del Sistema General de Participaciones (artículo 2º), el saneamiento de pasivos a los prestadores de servicios de salud (artículo 6º) y especialmente el **giro directo** a los prestadores de servicios de salud del régimen contributivo en su artículo 7º.

Sobre la capacidad financiera, el Sistema Único de Habilitación referido reconoce como condición necesaria para la garantía de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Salud, la estabilidad financiera **en el mediano plazo y su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.**

Es por ello que este proyecto de ley pretende específicamente en su artículo 3º la prelación del giro directo en los casos de prestadores habilitados que atiendan el tratamiento de los menores de edad con patologías oncológicas.

Actualmente la Resolución número 5592 de 2015 “por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones” prevé en su artículo 88 la atención en cáncer desde la etapa prenatal hasta los 6 años, el artículo 104 desde los 6 años hasta los 14 años, y el artículo 120 desde los 14 años hasta los 18 años.

De igual manera, es importante acompañar las garantías constitucionales de prevalencia de los derechos de los menores con las disposiciones legales, en especial las de la Ley 1733 de 2014 que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles con alto impacto en la calidad de vida, destacando que corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –entre ellas las Entidades Prestadoras de Salud– garantizar el acceso a la atención de servicios de cuidado paliativo, e incorporar personal capacitado en esta materia a su Red de Atención y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tal como lo dispone el artículo 7º de la precitada ley. De ahí que hay que garantizar a las Instituciones Prestadoras de Salud que prestan esos servicios un pago oportuno y con prelación.

VI. Impacto Fiscal

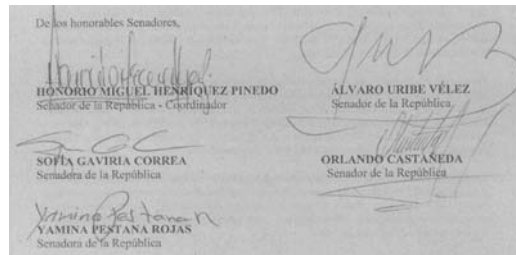
Teniendo en cuenta que las medidas que propone este proyecto de ley para hacer efectivo el derecho fundamental a la salud de los menores de 18 años con cáncer o con presunción de esta enfermedad, están encaminadas a la atención de esta enfermedad prevista en la Resolución número 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social que actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y en otras normas que se mencionaron en los fundamentos jurídicos de esta ponencia; se concluye entonces que esta iniciativa no está sujeta al cumplimiento del requisito previsto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003.

VII. Proposición final

Por las razones expuestas, presentamos ponencia positiva solicitando a la Mesa Directiva de la Honorable Plenaria del Senado de la República, dar segundo debate al Proyecto de ley número 059 de 2016 Senado, *por la cual se toman medidas a fin de garantizar la*

efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.

De los honorables Senadores,



TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 059 DE 2016 SENADO

por la cual se toman medidas a fin de garantizar la efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas puntuales e inmediatas para la efectividad del derecho fundamental a la salud, que si bien es reconocido a todos los residentes de Colombia en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, tiene especial prevalencia en tratándose de los menores de 18 años como así lo establece la mencionada ley y la Carta Política. Ello, a fin de garantizar el acceso a los servicios asistenciales de salud oncopediátrica a los menores de edad con diagnóstico de cáncer o presunción de este.

Artículo 2º. Retiro de licencia de funcionamiento o de habilitación por calificación deficiente en la evaluación de indicadores del goce efectivo. Cuando una administradora de planes de beneficios o institución prestadora de servicios de salud, cualquiera sea su naturaleza, registre ante la Superintendencia Nacional de Salud por lo menos un año los más bajos índices de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio de salud de oncopediatria, la mencionada Superintendencia procederá a retirar la habilitación o licencia de funcionamiento a dicho prestador o asegurador, según el caso. Para la aplicación de esta medida se acudirá a la Evaluación Anual de Indicadores del Goce Efectivo de que trata el artículo 7º de la Ley 1751 de 2015 y la sanción se inscribirá en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Parágrafo 1º. El índice de goce efectivo al derecho a la salud de los pacientes menores de edad que requieran servicios asistenciales de oncopediatria será criterio determinante para la evaluación y calificación de las condiciones de permanencia y evaluación de desempeño, examinadas por la Superintendencia Nacional de Salud. De igual forma, será el elemento que determinará el mantenimiento o retiro del registro de prestadores de servicios de salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental.

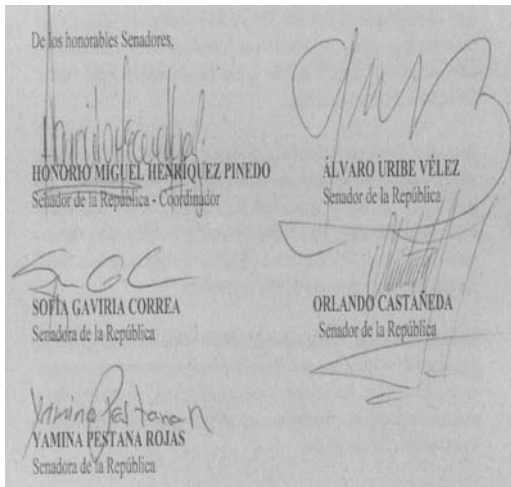
Parágrafo 2º. El informe de evaluación de goce efectivo de que trata el inciso 1º del presente artículo será socializado por el Ministerio de Salud en el momento que se emita, en el seno de la Comisión Consti-

tucional competente del Senado, conjuntamente con el seguimiento a condiciones de permanencia, de calidad y accesibilidad que produzca la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3º. Prelación en el giro directo a red prestadora de servicios de salud de menores con patologías de cáncer o relacionadas con este. El prestador de servicios de salud que garantice la oportunidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a pacientes menores de edad que requieran servicios asistenciales oncopediátricos y posea índices satisfactorios de goce efectivo tendrá derecho de prelación en el pago de su facturación –previa auditoría– por medio de la plataforma o metodología de giro directo. A su vez, la administradora de planes de beneficios, ya sean del régimen contributivo, del régimen subsidiado o regímenes especiales o exceptuados y demás entidades responsables del pago, tendrán la obligación de reportar y enviar la información periódica al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que este viabilice el giro directo en el mes que corresponda al reporte.

Artículo 4º. Vigencia y derogatorias. Esta norma comienza a regir a partir de su promulgación y modifica las disposiciones expresamente referidas y aquellas que le sean contrarias de forma expresa o tácita.

De los honorables Senadores,



COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los quince (15) días del mes de noviembre de dos mil dieciséis (2016).

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

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

El Secretario,



CONTENIDO

Gaceta número 1006 - Jueves, 17 de noviembre de 2016
SENADO DE LA REPÚBLICA
PONENCIAS

	Págs.
Informe de ponencia pliego de modificaciones y texto propuesto para tercer debate al Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para primer debate, al Proyecto de ley número 129 de 2016 Senado, por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin debida protección a la radiación solar.	8
Informe de ponencia y texto propuesto para segundo debate al Proyecto de ley número 059 de 2016 Senado, por la cual se toman medidas a fin de garantizar la efectiva prestación del servicio de salud oncopediátrica a los menores de 18 años en procura de la prelación de sus derechos fundamentales.	10

