

Doctor
JUAN DIEGO GOMEZ JIMENEZ
Presidente
Senado de la República

Asunto: Radicación de Proyecto de Ley.

Respetado Presidente,

De conformidad con lo establecido en la Ley 5 de 1992, me permito presentar para consideración del Honorable Senado de la República el Proyecto de Ley de mi autoría denominado ***“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO OPORTUNO, REHABILITACIÓN, Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL CÁNCER DE MAMA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”***.

Cordialmente,



OSCAR LEONARDO VILLAMIZAR MENESES
Representante a la Cámara por Santander
Partido Centro Democrático
Autor del Proyecto

PROYECTO DE LEY N° _____ DE 2021 “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO OPORTUNO, REHABILITACIÓN, Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL CÁNCER DE MAMA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas oportunas en materia de prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación, cuidado paliativo y promoción de la atención oportuna del cáncer de mama en Colombia de acuerdo con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2°. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente ley son aplicables a todas las personas en el territorio nacional susceptibles de tamización, dando prioridad a aquellas en quienes exista una mayor carga de esta enfermedad y se disponga de una prueba apropiada prueba de tamización.

ARTÍCULO 3°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

a. Cáncer de mama. El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos.

b. Tratamiento integral: Es el acceso oportuno a las tecnologías médicas pertinentes, exámenes, procedimientos, tratamientos, medicamentos, controles y seguimientos dentro de los tiempos establecidos por el médico tratante en concordancia con los términos establecidos en la presente ley.

c. Control del cáncer: Conjunto de actividades que de forma organizada, continua y coordinada desarrolladas por los sujetos mencionados en el artículo 2° de la presente ley que se orientan al control del riesgo (prevención primaria), tratamiento, rehabilitación, seguimiento y demás cuidados paliativos con el fin de disminuir la presencia de esta enfermedad.

d. Tamización. Uso de pruebas definidas con base en la evidencia científica y según criterios de costo efectividad, en una población asintomática en un rango de edad definido, con el propósito de identificar aquellos que tienen mayor probabilidad de presentar la enfermedad.

e. Detección Temprana. Identificación de los primeros signos y síntomas de la enfermedad en fases tempranas de la misma; es decir, tiene como objeto a la población sintomática, según identificación realizada ya sea por el propio paciente o por signos evidenciados por el personal médico.

f. Métodos de detección Temprana. incluye la respuesta oportuna de los servicios de salud a los síntomas de un paciente o a los signos clínicos positivos que encuentra un médico durante el examen clínico de mama, que permiten facilitar la respuesta inmediata para el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad y la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. La tamización puede ser a través de programas de base poblacional o de base institucional.

g. Autoexamen de Mama. Es la acción de autocuidado y protección cotidianas que ayuda a mujeres y hombres en la detección temprana del cáncer.

h. Examen clínico de la mama. Inspección y palpación a las glándulas mamarias, que realiza un profesional de la salud debidamente entrenado y con una técnica estandarizada.

i. Mamografía de tamización. Prueba practicada en mujeres asintomáticas.

j. Mamografía de diagnóstico. Prueba realizada a cualquier mujer con una masa sospechosa, o con signos clínicos o síntomas sospechosos.

ARTÍCULO 4°. Día Nacional de la Detección Temprana del Cáncer de Mama. Declárese el día diecinueve (19) de octubre como el Día Nacional de la Detección Temprana del Cáncer de Mama con el objetivo de crear conciencia y sensibilizar en torno al tema, para lo cual, el Gobierno Nacional diseñará las siguientes estrategias:

a. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, o quien haga sus veces, destinará un espacio en horario prime en razón de promover e incentivar la realización del autoexamen de mama y la consulta médica, así como mejorar las opciones de estilo de vida saludable, para la detección temprana de cáncer de mama.

b. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una estrategia de sensibilización del autocuidado de las mamas y de la consulta oportuna al médico,

la cual se difundirá a través de las redes sociales, medios impresos y programas de televisión y radio que cubran el territorio nacional.

ARTÍCULO 5°. Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama. Impleméntese el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los regímenes de excepción, las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privada y los entes territoriales, el cual será de carácter obligatorio.

El programa incluirá por lo menos las siguientes medidas:

- a)** Se realizará el examen clínico de la mama como método estandarizado por médicos debidamente entrenados y certificados para tal fin, a partir de los 30 años de edad y por lo menos una vez al año.
- b)** A todas las mujeres, se les realizará al cumplir 40 años, una prueba de tamizaje cuando lo determine el médico tratante, y si el paciente así lo autoriza. A partir de los 50 años el intervalo de realización será cada dos años hasta cumplir los 75.
- c)** En los pacientes de riesgo promedio y/o antecedente familiar para cáncer de mama, el primer tamizaje se realizará 10 años antes del primer diagnóstico familiar o dentro del tiempo que recomiende el médico tratante.
- d)** Para los pacientes con alto riesgo de los que se perciba son poseedores de una mutación genética conocida, el tamizaje se realizará con una periodicidad anual, junto con su respectivo examen clínico, e incluirá, además, otras ayudas diagnósticas que el médico tratante considere necesarias.
- e)** Será obligación de las EAPB y de los Entes Territoriales, a través de sus programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enviar una invitación de forma física, electrónica o telefónica a las direcciones o números de teléfonos conocidos del paciente una orden de tamizaje una vez este cumpla los 40 años de edad; dicha orden deberá ser realizada en una IPS que haga parte de su red de servicios y que sea la más cercana al lugar de residencia de la usuaria.
- f)** Las EAPB realizarán jornadas masivas de tamizaje en las regiones geográficas de difícil acceso y en las zonas rurales, mediante unidades móviles debidamente habilitadas, o las estrategias acordes al contexto, por lo menos una vez al año con el objetivo de tamizar a toda su población afiliada objeto del programa, contará con mecanismos de seguimiento efectivos a los pacientes que resulten positivo a la tamización.

g) Las EAPB, los regímenes de excepción y los Entes Territoriales crearán e implementarán un servicio especial para la atención y el seguimiento de las pacientes, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de todo el proceso de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera que éste sea integral e integrado.

h) Se garantizará a los pacientes con mutaciones familiares conocidas, pacientes con alto riesgo de ser portador de una mutación genética o aquellos definidos por su médico tratante, la realización de los estudios genéticos, tamizajes pertinentes, procedimientos, tratamientos reductores de riesgo y/o manejos personalizados necesarios.

i) Se garantizarán los perfilamientos genómicos necesarios en cáncer de mama incluidos dentro de las guías y protocolos existentes o que se desarrollen.

j) Se garantizará a los pacientes de alto riesgo los estudios genéticos, los tamizajes pertinentes y demás procedimientos reductores de riesgo, según la mutación conocida.

k) Se garantizará que el sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer sea un sistema unificado y actualizado de registro, donde reposen la consolidación de la información sobre la prevención, morbilidad, mortalidad, pruebas diagnósticas, esquemas de tratamiento y aspectos financieros de la atención y seguimiento a pacientes con cáncer de mama, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sistema general de seguridad social en salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría técnica del Instituto Nacional de Cancerología, las sociedades científicas y la demás que consideren, junto con las organizaciones de la sociedad civil reconocidas en el tema de cáncer de mama desarrollará el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama conforme los avances realizados en la evidencia científica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.

Parágrafo 2. En un plazo no mayor a los noventa días de entrada en vigencia de la presente ley, el gobierno reglamentará esta implementación del programa nacional de detección temprana del cáncer de mama, estableciendo la coordinación respectiva entre los entes involucrados para ejecutar el programa, teniendo en cuenta además las condiciones específicas y diferenciales de cada entidad territorial.

ARTÍCULO 6°. Control de calidad en la tamización de cáncer de mama. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud, el Organismo Nacional de Acreditación, la Asociación Colombiana de Radiología, el Instituto Nacional de Cancerología y los entes territoriales certificarán los procesos y procedimientos para la detección temprana, así como los equipos de mamografía en sus diferentes tecnologías disponibles y equipos complementarios para el diagnóstico, como los de ecografía, verificando que estos cumplan con los estándares de calidad requeridos para un óptimo diagnóstico de acuerdo a los protocolos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, basados en estándares de control de calidad internacionales vigentes.

Los centros radiológicos deben realizar los mantenimientos preventivos según recomendación del fabricante del equipo y calibraciones necesarias, controles de calidad, y demás variables claves con el objeto de asegurar una correcta operación de los mismos y buenas lecturas de los estudios mamográficos y participar en los programas de mejoramiento de garantía de la calidad establecidos por el ministerio de salud y protección social.

Las EAPB, IPS y entes territoriales deberán realizar jornadas de capacitación y entrenamiento al recurso humano en salud para la correcta toma e interpretación de las imágenes de diagnóstico.

Así mismo, se autoriza al Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social para que, en articulación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, se financie el desarrollo de nuevas tecnologías, así como la investigación clínica que permitan detectar signos tempranos para el cáncer de mama.

Parágrafo: El gobierno nacional creará la estrategia de financiación que permita la disponibilidad de tecnología para garantizar el tamizaje en las regiones apartadas del país, priorizando la dotación de esta tecnología a la red pública hospitalaria, quien es la que actualmente da respuesta en su mayoría a las necesidades de atención en salud de las comunidades rurales.

ARTÍCULO 7°. Ruta de atención en salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Todos los actores involucrados en la detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación del cáncer de mama, independientemente de la modalidad, tienen la responsabilidad de garantizar la atención oportuna, sin demoras ni barreras de acceso a las y los pacientes. Así mismo, las asociaciones de usuarios, científicas y

las organizaciones de la sociedad civil, serán tenidas en cuenta para el diseño del programa de qué trata la presente ley.

Para tal fin las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las ESE, los regímenes de excepción y los Entes Territoriales garantizarán la implementación de la hoja de ruta que para este caso actualice el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a dos años posterior a la promulgación de esta ley.

Las organizaciones de pacientes debidamente constituidas, podrán ejecutar intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, enmarcadas en las estrategias definidas en los Planes Territoriales de Salud (PTS), a través de lo contenido en los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) respectivos, que busque impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Conforme lo definido en la Resolución 518 de 2015, del Ministerio de Salud y la Protección Social los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio.

Las guías y protocolos de atención en salud se adecuarán y unificarán siguiendo los lineamientos definidos por la evidencia científica, por las sociedades científicas involucradas y el Instituto Nacional de Cancerología. La hoja de ruta tendrá como mínimos los siguientes requisitos:

- a.** La oportunidad de la atención general, entendido como el tiempo entre la consulta por presencia de síntomas asociados al cáncer de mama hasta el primer tratamiento, no será mayor a los 45 días calendario.
- b.** En caso de que el reporte de biopsia sea positivo para malignidad el patólogo procederá sin mediar autorización adicional por parte de la EAPB a realizar los estudios de inmunohistoquímica definidos por protocolo, siendo revisados los resultados en plazo no mayor de una semana y, la intervención por mastología y oncología clínica, será realizada en el mismo número de días en oportunidad, así como el inicio de neoadyuvancia o la cirugía de ser necesaria.
- c.** Si se requiere tratamiento por más de una especialidad (mastología, cirugía oncológica, oncología o radioterapia, entre otras), el intervalo entre la finalización de uno y el inicio del otro, no podrá ser mayor a 30 días calendario.
- d.** Los tratamientos de rehabilitación y cuidados paliativos, así como la inclusión de las terapias complementarias que sean necesarias, serán garantizados por la EAPB a través de su red de servicios de manera integral, secuencial e ininterrumpida, cumpliendo a cabalidad los esquemas prescritos por el médico o grupo de médicos tratantes. ‘

- e. Los pacientes serán informados de la posibilidad de acceder a cirugías reconstructivas de la mama, como parte integral del tratamiento.
- f. El ente territorial deberá verificar y garantizar que el paciente con diagnóstico de cáncer de mama ingrese a la Ruta de Atención Integral diseñada previamente y que los tiempos de atención se cumplan con la oportunidad definida.
- g. Las EAPB deben garantizar que no se traslade al paciente las gestiones administrativas. Para esto se debe contar con gestores en cada municipio.

Parágrafo 1. Las guías y protocolos de atención en salud se adecuarán y unificarán basado en la evidencia científica y siguiendo los lineamientos definidos por las sociedades científicas involucradas y el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 2. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los exámenes, medicamentos, insumos, dispositivos médicos y en general de todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, siempre y cuando estos se ajusten a la evidencia científica disponible y cumplan con los protocolos establecidos y guías de manejo vigentes en el país.

Parágrafo 3. Las EAPB deben garantizar el pago en un plazo no mayor a 30 días, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas y a las Empresas Sociales del Estado (ESEs), de todos los costos que se deriven de la Implementación del programa nacional de detección temprana del cáncer de mama, diagnóstico, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo de las mujeres y hombres de la población en general susceptibles a ser tamizados, con riesgo de tener cáncer de mama.

ARTÍCULO 8°. Garantías de prestación de servicio para el tratamiento oportuno de cáncer de mama.

Para garantizar la atención oportuna en el tratamiento del cáncer de mama, las EAPB, los regímenes de excepción y los Entes Territoriales, deberán:

1. Eliminar las barreras de acceso a los pacientes y sus familias.
2. Simplificar los trámites administrativos para los pacientes y sus familias, ofreciendo opciones para autorizaciones en línea.
3. Garantizar el acceso a todos los servicios que requiere el paciente de ser posible en una misma IPS e implementar estrategias de telemedicina, atención médica domiciliaria y entrega de medicamentos en casa, entre otras alternativas.

4. Expedir y autorizar de manera integral, por una única vez la totalidad de los servicios requeridos para el tratamiento, esta autorización podrá ser modificada de conformidad con el plan que determine el médico tratante ajustado a las necesidades del paciente.

Parágrafo. Para garantizar una continua y oportuna detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer de mama en Colombia, todos los sujetos involucrados deberán ejecutar las acciones pertinentes inclusive en ejecución de los estados de excepción contemplados en la Constitución Política, cuando las circunstancias lo permitan

ARTÍCULO 9°. Inspección, Vigilancia y Control. Las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de las disposiciones contenidas en la presente ley, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de las autoridades territoriales según las normas vigentes quienes garantizarán el cumplimiento de las mismas.

Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán generar y comunicar alertas en caso de incumplimientos a los mandatos de la presente ley a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que ésta proceda a realizar las acciones pertinentes.

La Superintendencia Nacional de Salud velará y garantizará el cumplimiento de lo ordenado en la presente ley.

ARTÍCULO 10°. Las trabajadoras, cuyos contratos de trabajo sean por un término superior a treinta (30) días, tendrán derecho a medio día de permiso, una vez al año durante la vigencia de la relación laboral, para someterse al examen de mamografía o el que haga sus veces.

En el caso de los contratos a término fijo, o por obra labor, este derecho podrá ejercerse a partir de los treinta días (30) de celebrado el contrato de trabajo, y en cualquier momento durante la vigencia de éste.

Para los efectos de este permiso, las trabajadoras deberán dar aviso por escrito al empleador con una semana de anticipación a la realización de los exámenes; asimismo, deberán presentar con posterioridad a éstos, los documentos que acrediten que se los realizaron en la fecha estipulada.

Este medio día de permiso será considerado como trabajado para todos los efectos legales, no podrá ser compensado en dinero, ni durante ni al término de la relación laboral, entendiéndose por no escrito cualquier pacto en contrario.

ARTÍCULO 11. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias

Atentamente,



OSCAR LEONARDO VILLAMIZAR MENESES
Representante a la Cámara por Santander
Partido Centro Democrático
Autor del proyecto

Apoyan los Congresistas,



ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



JOHN JAIRO BERMÚDEZ GARCÉS
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



Ricardo Alfonso Ferro Lozano
Representante A la Cámara Por el Tolima
Partido Centro Democrático



ENRIQUE CABRALES BAQUERO
Representante a la Cámara por Bogotá D.C.



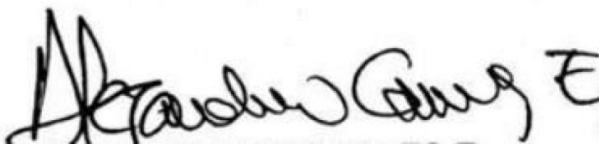
GABRIEL JAIME VALLEJO CHUJFI
Representante a la Cámara por Risaralda



CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE
Representante a la Cámara Valle del Cauca



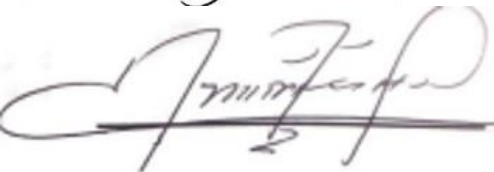
CARLOS FELIPE MEJÍA MEJÍA
Senador de la República



ALEJANDRO CORRALES ESCOBAR



RUBY HELENA CHAGUI-SPATH
Senadora de la República



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara



HERNAN H. GARZÓN RODRÍGUEZ

Representante a la Cámara por Cundinamarca



JOHN JAIRO BERRÍO LÓPEZ

Representante a la Cámara por Antioquia

Partido Centro Democrático



RUBEN DARIO MOLANO PIÑEROS

Representante a la Cámara por Cundinamarca

Partido Centro Democrático



HR. YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE
Representante a la Cámara
Departamento del Amazonas



JOHN MILTON RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Senador de la República



HENRY CUELLAR RICO
Representante a la Cámara Huila



GUSTAVO LONDOÑO GARCIA
Representante a la Cámara
Departamento del Vichada



NICOLÁS PÉREZ VÁSQUEZ

Senador de la República



JOSÉ JAIME USCÁTEGUI

Representante a la Cámara
Bogotá D.C.



Esteban Quintero Cardona

Representante a la Cámara por Antioquia



MILLA PATRICIA ROMERO SOTO

Senadora de la República



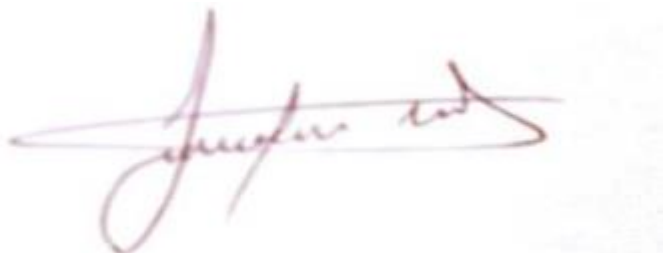
MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO

Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



JUAN MANUEL DAZA IGUARÁN

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA

Representante a la Cámara por el Meta
Partido Centro Democrático



JOSÉ OBDULIO GAVIRIA VÉLEZ
Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2021

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO OPORTUNO, REHABILITACIÓN, Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL CÁNCER DE MAMA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

I.OBJETO

La presente ley tiene por objeto establecer medidas eficaces, tempranas y oportunas en materia de prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer de mama en Colombia.

En este sentido, garantiza el derecho de las mujeres y hombres a realizarse los respectivos exámenes y a recibir todos los servicios y tecnologías pertinentes en el sistema general de seguridad social en salud además de dictar las obligaciones de los diferentes actores del sistema para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

II. MARCO JURÍDICO

En el plano internacional la **Declaración Universal de Derechos Humanos** suscrita por el Estado Colombiano, preceptúa en el numeral 1 del artículo 25 preceptúa que: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”* (cursiva y subraya fuera de texto).

De igual forma, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** aprobada mediante la Ley 74 de 1968, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y señala como medida que debe adoptar los estados partes para asegurar la plena efectividad de este derecho: c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.” (cursiva y subraya fuera de texto).

Descendiendo al ámbito del sistema interamericano de derechos humanos, el **Protocolo Adicional de la Convención Interamericana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988)**, aprobado **mediante la Ley 319 de 1996**, establece en el artículo 10 "Derecho a la Salud" en términos de : "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad." e indica que "Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: *b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*". (cursiva y subraya fuera de texto).

En el plano constitucional **el artículo 43 de la Constitución Política** preceptúa que: "La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia." A partir de esta cláusula superior las mujeres -principales destinatarias del presente proyecto de ley son consideradas como sujetos de especial protección constitucional lo que se traduce en "La mujer es un sujeto de especial protección, de protección reforzada, al interior de nuestro Cuerpo normativo constitucional. En consecuencia, no se encuentra en la misma situación constitucional que el hombre, que, si bien es un sujeto de protección constitucional, su protección no es especial ni reforzada. Para garantizar y de manera reforzada, la gran cantidad de derechos en cabeza de la mujer , la misma Constitución y la jurisprudencia constitucional han determinado el uso de acciones afirmativas en cabeza del Estado y todos sus poderes públicos , con el único fin de hacer efectivo y real el derecho de igualdad."¹

De otra parte, el Artículo 49 de la Carta estatuye que "*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*

¹ Corte Constitucional. C-667 de 2006. M.P Jaime Araujo.

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.”

En el plano legal existe un conjunto normativo que tiene por objeto consagrar normas que garanticen el derecho a la salud, en ese acumulado se deben considerar, entre otras, la ley estatutaria 1751 de 2015 que desarrolla el derecho fundamental a la Salud en los siguientes términos:

“Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”².

De igual modo, la Ley Estatutaria estipula como obligaciones para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, entre otras, las siguientes³:

- a) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.
- b) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

² Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

³ Ibid. Artículo 5.

- c) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio.
- d) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población.

En esta línea, la ley 1384 de 2010, *“Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”*, Ley Sandra Ceballos”, ordena la creación del sistema de información, a través del establecimiento de los registros nacionales de cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros institucionales; establece el observatorio de cáncer como parte del sistema de vigilancia en salud pública; consagra la necesidad de captar datos de diversas fuentes, así como efectuar las adaptaciones necesarias al actual SIVIGILA para la captura, procesamiento, almacenamiento y consulta de la información.

Otro aspecto de la atención integral de este tipo de enfermedades se encuentra en la Ley 1733 de 2014 *“Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”*, como quiera que reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida.

Dicho sea de paso, el proyecto de ley también encuentra sustento legal en la Ley 715 de 2001 *“por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”*, en el entendido que tal norma le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la tarea de definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el sistema integral de información en salud y el sistema de vigilancia en salud pública, con la participación de las entidades territoriales.

En el plano reglamentario, las Resoluciones 4496 de 2012, 2590 de 2012, 4505 de 2012, 1383 de 2013 (Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia), y 1841 de 2013, encierran un conjunto de arreglos institucionales claves para la organización del sistema nacional de información de cáncer y el observatorio nacional de cáncer en Colombia; del sistema integrado en red y el sistema nacional de información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años; el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

En este ámbito también es importante reseñar la resolución 1419 de 2013 “Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y los lineamientos para su monitoreo y evaluación”, reglamento que establece las obligaciones para la conformación de la red de prestación de servicios oncológicos y unidades funciones, y fija lineamientos para su monitoreo y evaluación.

En la misma línea la resolución 1552 de 2013 “Por medio de la cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones” preceptúa que las Entidades Promotoras de salud EPS de ambos regímenes, directamente o a través de la red que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de los días hábiles del año.

Resolución 1442 del 6 de mayo de 2013, Por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica –GPC para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones.

Para terminar, existen documentos técnicos y de política pública en el campo de la salud tales como: los lineamientos sobre movilización social para el control del cáncer, la guía para la comunidad educativa en el marco del control del cáncer y las prioridades para la investigación del cáncer a nivel nacional, los cuales constituyen insumos fundamentales para la elaboración y sustento técnico del presente proyecto de ley.

Resolución 247 del 04 de febrero de 2014 Por la cual se establece el registro de pacientes con cáncer (Cuenta de Alto Costo).

Resolución 2003 del 28 de mayo del 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.

Circular 4 del 17 de julio de 2014, por la cual se imparten instrucciones respecto de la prestación de servicios de salud de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer.

Resolución 418 del 14 de febrero de 2014. Por la cual se adopta la ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia.

Resolución 1868 de 2015, Por la cual se establecen los criterios para la conformación de la Red virtual de las Unidades de Cáncer Infantil UACAI.

Resolución 5283 de 2015, por la cual se designan los representantes ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil

Resolución 1441 de 2016, estándares y criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de salud

Resolución 1477 de 2016, habilitación de Unidades Funcionales para la Atención del Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil.

Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016, por la cual se define, aclara y actualiza el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Resolución 3202 de julio 25 de 2016, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS y se adopta un grupo de rutas.

Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo.

Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud [...] Se adoptan los procedimientos de obligatorio cumplimiento para la detección de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon y recto.

III. CONTEXTO

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL CANCER DE MAMA

De acuerdo con el Ministerio de Salud, ente rector de la política pública en salud en Colombia, “el cáncer de mama se considera la primera causa de enfermedad y muerte entre las mujeres colombianas”. En el mismo sentido, en el plano internacional, “la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer reporta en sus publicaciones, al cáncer de mama como uno de los más diagnosticados a nivel mundial, siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres”⁴.

Según el informe de evento cáncer de mama y cuello uterino en Colombia, presentado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud:

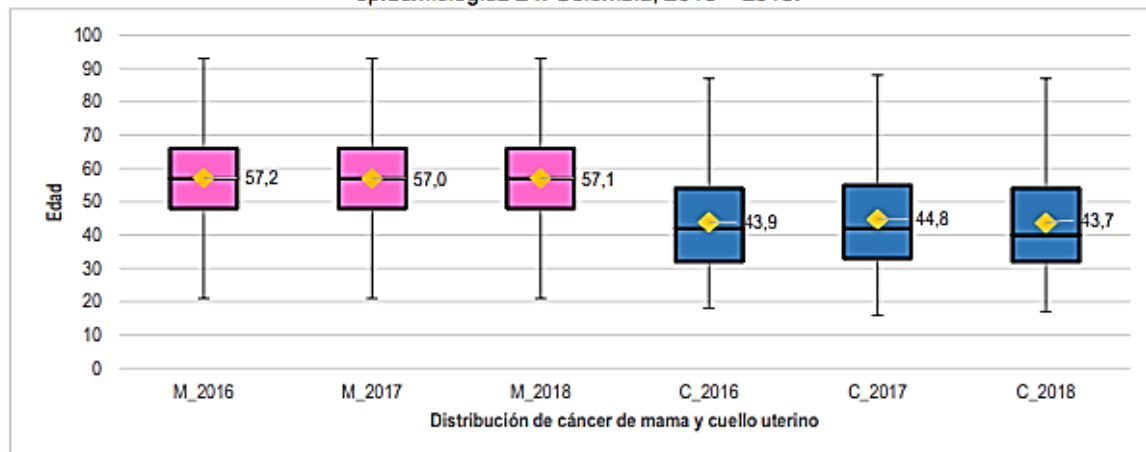
“Hasta semana epidemiológica 24 del 2018, se notificaron 4.548 casos confirmados de los dos tipos de cánceres; posterior al tratamiento de los datos y depuración, se retiraron 283 registros, resultando 4.265 casos; también se realizó tratamiento de los datos y depuración con la notificación realizada durante los años 2016 y 2017 y se extrajeron 226 registros que fueron notificados en los años anteriores, quedando 4.039 casos. Durante la vigilancia epidemiológica 2016 - 2018, la edad promedio para cáncer de mama fue de 57 años; la mitad de la población se distribuyó entre 48 y 66 años durante los tres años; para cuello uterino, el promedio fue 44 años; el 50% de la población notificada, se encontró entre 33 a 55 años. Hasta semana 24, en el año 2016 se notificaron 770 casos, en el año 2017 se notificaron 1.753 casos y para año 2018 fueron 2.311 casos confirmados; el promedio de casos notificados en los tres años fue 32, 73 y 96 respectivamente”.⁵

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Instituto Nacional de Salud. INFORME DE EVENTO CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO. COLOMBIA, PRIMER SEMESTRE 2018.

⁵ *Ibíd.* ¿i

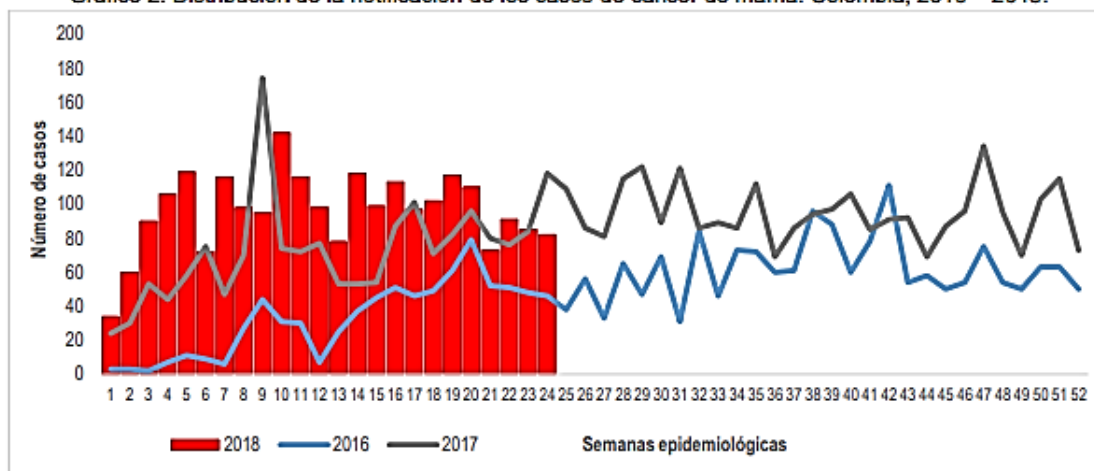
Como bien puede notarse con la referencia anterior y los gráficos que a continuación

Gráfico 1. Distribución de la edad en los casos notificados de cáncer de mama y cuello uterino hasta semana epidemiológica 24. Colombia, 2016 – 2018.



Fuente: Instituto Nacional de Salud - Sivigila, 2016 – 2018.

Gráfico 2. Distribución de la notificación de los casos de cáncer de mama. Colombia, 2016 – 2018.



Fuente: Instituto Nacional de Salud - Sivigila, 2016 – 2018.

se muestran, el número de casos de cáncer de mamá mantiene un crecimiento sostenido en el país desde el año 2016 hasta el 2018 y según el mismo estudio, “en las variables sociodemográficas se evidenció que la mayor cantidad de los casos notificados se ubicaron en el área urbana, lo cual es acorde con los cambios de distribución espacial presentados desde el siglo pasado, donde la mayoría de la población colombiana se encuentra en zonas urbanas” (Instituto Nacional de Salud).

De otro lado, se calcula que para 2030, podrían superarse las cifras actuales hasta en un 65%, con 66.000 muertes y 224.000 nuevos casos al año, de los cuales al

menos un 17% se diagnosticará ya en etapas avanzadas y otro 30% evolucionará a estadios metastásicos tras un primer tratamiento⁶.

Más aún, en América Latina, la incidencia regional es de 47,2 defunciones por cada 100.000 mujeres, aunque en países del cono sur, principalmente Argentina y Uruguay, la tasa sube a 71,2 y 69,7 muertes por 100.000, respectivamente⁷. Y según la Organización Mundial de la Salud, cada 30 segundos se diagnostica un caso de cáncer de mama en algún lugar del mundo.

Volviendo al plano colombiano, en el año 2017 fueron reportadas un total de 50.887 mujeres con cáncer de mama. En ese año se reportaron 4.627 nuevos casos, de los cuales 227 (5%) correspondieron a carcinoma in situ y 4.400 (95%) a cáncer de mama invasivo.

Ahora bien, en el aumento en la morbilidad por cáncer de seno en Colombia, se han podido detectar las siguientes causas:

- a. Barreras de acceso y continuidad en los tratamientos.
- b. Concentración de la oferta de servicios oncológicos en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.
- c. Falta de recursos humano especializado y subespecializado en oncología, mastología, gastroenterología, hemato-oncología.
- d. Subdesarrollo de cuidado paliativo y de apoyo a las familias y cuidadores.
- e. Fragmentación de la prestación de los servicios sin articulación entre los servicios preventivos y resolutivos.
- f. Deficiente sistema de regulación, vigilancia y control de la oferta de servicios, uso de medicamentos oncológicos y calidad de la atención.
- g. No existen organizaciones dirigidas a pacientes de regiones que agregan desplazamientos, estadías y afectan la continuidad y resultados de tratamiento.
- h. Inexistencia de rutas críticas de atención integradas.
- i. Deficiente monitoreo de los contratos por capitación para la atención al paciente con diagnóstico de cáncer.
- j. Ingresos bajos.

Dada la relevancia de este asunto de salud pública, este nuevo proyecto de ley que se presenta a consideración del Congreso de la República constituye una propuesta que pretende establecer nuevas estrategias de prevención, control y manejo

⁶ En línea: <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/10/06/un-15-de-casos-de-cancer-mama-son-detectados-en-fase-avanzada-en-latinoamerica/> Consultado el 20 de febrero de 2019.

⁷ En línea: <https://www.analitica.com/bienestar/salud/oms-3-de-caga-10-mujeres-en-el-mundo-presentan-cancer-de-mama/> Consultado el 20 de febrero de 2019.

oportuno del cáncer de mama, con la participación activa de la comunidad para contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Para tal fin, se busca con esta iniciativa legislativa posicionar en la agenda pública el cáncer de mama como un problema de relevancia nacional y movilizar el aparato estatal, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y activar la corresponsabilidad individual.

Además, es urgente priorizar con el trámite de este proyecto de ley, un sistema eficiente de alertas de detección temprana, un programa nacional de control de calidad en la tamización de cáncer de mama y fortalecer institucionalmente la rectoría, vigilancia y control de las entidades administradoras de planes de beneficios para el cumplimiento de las normas relacionadas.

IV. CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE LEY.

La actual iniciativa legislativa que se somete a trámite y procedimiento legislativo dentro de la Cámara de Representantes encuentra su mayor razón de conveniencia social, política y económica en la medida que representa una alternativa de política pública de detección temprana en mujeres y hombres para la identificación del cáncer de mama. Pretende orientar un modelo de atención integral, de seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que ayuden a mejorar la eficiencia, la calidad y la oportunidad de la atención, así como reducir la morbilidad y mortalidad de esta patología⁸.

De conformidad con el Instituto Nacional de Cancerología y la Organización Mundial de la Salud existen diferentes tipos de medidas esenciales para mejorar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del cáncer de mama, y a los cuales apunta la relevancia de este proyecto de ley. Algunos de éstas son:

- Conocimiento de los signos y síntomas iniciales y la demostración de cómo se realiza la autoexploración de la mama. En este punto se encuentra la primera y principal barrera en la lucha contra el cáncer, toda vez que este conocimiento es insuficiente y permea la detección precoz, que es la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad.

“Cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y se dispone de tratamiento, las posibilidades de curación son elevadas. En cambio, cuando se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo. En tales casos son necesarios cuidados paliativos para

⁸ Instituto Nacional de Cancerología, 2013. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama

mitigar el sufrimiento del paciente y sus familiares (...) La mayoría de las muertes (269 000) se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud. (OMS).

- Fortalecimiento y equipamiento de los servicios de salud y la formación del personal sanitario para que se realicen diagnósticos exactos y oportunos.

“La OMS fomenta los programas integrales de lucha contra el cáncer de mama como parte de los planes de lucha contra el cáncer. Los programas de detección mamográfica son muy caros y sólo resultan viables en países con una buena infraestructura sanitaria que se puedan costear programas a largo plazo”. (OMS).

- Estrategias de acceso a tratamientos seguros y eficaces, con inclusión de alivio del dolor, sin que ellos les suponga esfuerzo personal o financiero prohibitivo.

“Las estrategias de mejoramiento del diagnóstico temprano se pueden incorporar fácilmente en los sistemas de salud a bajo costo. A su vez, un diagnóstico temprano eficaz puede facilitar la detección del cáncer en una fase más precoz, lo que posibilita la aplicación de tratamientos que suelen ser más eficaces, menos complejos y menos costosos (...) En países de ingresos altos se ha comprobado que el tratamiento de pacientes con cáncer a los que se les ha diagnosticado la enfermedad tempranamente es de dos a cuatro veces menos costosos que el de los enfermos a los que se les ha diagnosticado el cáncer en fases más avanzadas”. (OMS).

En resumen, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud, las tres medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer son sensibilizar al público; invertir en el esquema y las guías de diagnósticos exactos y oportunos; y velar por que las personas con cáncer tengan acceso a un tratamiento seguro y eficaz.

“No cabe duda de que los problemas son mayores en los países de ingresos bajos o medianos, que tienen menos posibilidades de proporcionar servicios de diagnóstico eficaces, con pruebas de imagen, de laboratorio y de patología, todas ellas esenciales para detectar el cáncer y planificar el tratamiento. En estos momentos, los países también presentan diferentes capacidades para derivar los enfermos de cáncer hacia los niveles de atención apropiados”. (OMS).

Pues bien, la actual iniciativa significa una respuesta a las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud en el sentido de dar prioridad a unos servicios básicos de diagnóstico y tratamiento del cáncer que tengan gran impacto y bajo

costo; brindar oportunidad a las personas en general de que se vean menos obligadas a pagar la atención de su propio bolsillo; e incorporar en los sistemas de atención en salud, estrategias de mejoramiento del diagnóstico temprano.

De otro lado, superado el diagnóstico, corresponde al Estado brindar un modelo de atención y tratamiento oportunos, situación que, desafortunadamente no ocurre actualmente. Basta con citar el ejemplo de Bogotá, *“en donde más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad”*⁹.

El propósito fundamental es prevenir el desarrollo del cáncer de mama cuyo resultado final en la mayoría de casos es la muerte cuando la enfermedad no ha sido detectada a tiempo, por lo cual resulta imprescindible implementar medidas eficaces y comprobadas cuyo cumplimiento sea obligatorio.

Protección constitucional reforzada de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer¹⁰

La honorable Corte Constitucional ha decantado una línea jurisprudencial en relación con la protección constitucional reforzada para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer; tal línea descansa en la hermenéutica del principio de igualdad material consagrado en el artículo 13 superior.

En su interpretación de la Carta política ha creado las siguientes subreglas jurisprudenciales:

- Acceso sin obstáculos y oportuno al tratamiento integral, es decir que quien es afectado por una enfermedad catastrófica o ruinoso, como el cáncer tienen el derecho a una atención integral en salud que abarque la prestación de todos los servicios y tratamientos que se requieran para su tratamiento y rehabilitación. (Sentencia T-066-12).
- La integralidad en la atención incluye *“la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental.”*¹¹ (Sentencia C)

⁹ Plan Decenal de para el Control del Cáncer en Colombia.

¹⁰ Ver, Corte Constitucional. Sentencia T-387 de 2018. M.P Gloria Estella Ortiz.

¹¹ Ibíd.

- Las indicaciones y requerimientos del médico tratante deben ser las que orienten el alcance de la protección constitucional del derecho a la salud de las personas. (Sentencia T-607 de 2016).
- El principio de integralidad entraña la garantía en la continuidad en la prestación del servicio y evitar al paciente interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante, es decir que el tratamiento integral debe ser brindado *“de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”*. (Sentencia T-387 de 2018), y señala de manera contundente que:

Por ello, debido a que el cáncer es una enfermedad que por su gravedad y complejidad requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta, la Corte ha sido clara en afirmar que la integralidad y la oportunidad en la prestación del servicio de salud en estos casos cobra mayor relevancia y debe cumplirse de forma reforzada.

En este sentido, ha sostenido en varias oportunidades que la demora injustificada en el suministro de medicamentos o insumos médicos a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, *“puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente”*. (Sentencia T-057 de 2013)

Es decir, esta Corporación ha dejado claro que de la oportuna prestación del servicio depende la calidad de vida de los pacientes y que, por esta razón, cuando la prestación del servicio de salud no es eficaz, ágil y oportuna, se afectan sus derechos fundamentales, situación que empeora cuando se trata de personas con enfermedades ruinosas.¹²

- De igual forma, la Corte ha señalado que “el derecho a la salud también puede resultar vulnerado cuando, debido a la demora para la prestación de un servicio o el suministro de un medicamento, se produzcan condiciones que sean intolerables para una persona. Es decir, para que se ampare este derecho no se requiere que el paciente esté en una situación que amenace su vida de forma grave, sino que el mismo se encuentre enfrentado a condiciones indignas de existencia, como puede ser tener que soportar intensos dolores, en casos de pacientes que se encuentran en estadios avanzados de su enfermedad.”¹³

¹² Ibíd.

¹³ Ibíd.

V. IMPACTO FISCAL

Con relación al impacto fiscal del presente Proyecto de ley nos remitimos a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional que en Sentencia C-625 de 2010 preceptuó que:

“Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.

Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el

proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquél el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia. De allí que esta corporación haya señalado que corresponde al Gobierno el esfuerzo de llevar a los legisladores a la convicción de que el proyecto por ellos propuesto no debe ser aprobado, y que en caso de resultar infructuoso ese empeño, ello no constituye razón suficiente para tener por incumplido el indicado requisito, en caso de que las cámaras finalmente decidan aprobar la iniciativa cuestionada.¹⁴

Atentamente,



OSCAR LEONARDO VILLAMIZAR MENESES
Representante a la Cámara por Santander
Partido Centro Democrático
Autor del Proyecto

¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-625 de 2010, M.P. Nilson Pinilla.