

1.1 Oficina Asesora de Jurídica

Bogotá D.C.,

Honorable Congresista
CARLOS ALBERTO CUENCA CHAUX
Cámara de Representantes
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Ciudad



Radicado: 2-2020-023341

Bogotá D.C., 4 de junio de 2020 11:29

Radicado entrada
No. Expediente 21051/2020/OFI

Asunto: Consideraciones a la ponencia para segundo debate del Proyecto de Ley No. 259 de 2019 Cámara “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”.

Respetado Presidente:

De manera atenta, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presenta los comentarios y consideraciones al texto aprobado en primer debate del Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

El Proyecto de Ley, de iniciativa parlamentaria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1°, tiene por objeto: “establecer medidas oportunas en materia de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer de mama en Colombia”.

Una vez analizado el objeto de la presente iniciativa legislativa, resulta conveniente hacer una contextualización sobre los costos de la atención enmarcado en un eventual modelo de atención integral para el cáncer de mama con el objetivo de entender las magnitudes y el impacto presupuestal de las medidas propuestas en el articulado:

1. Impacto fiscal general del Proyecto de Ley

De acuerdo con la American Society of Clinical Oncology¹, una de las organizaciones más reconocidas en temas de investigación y tratamiento médico en Estados Unidos:

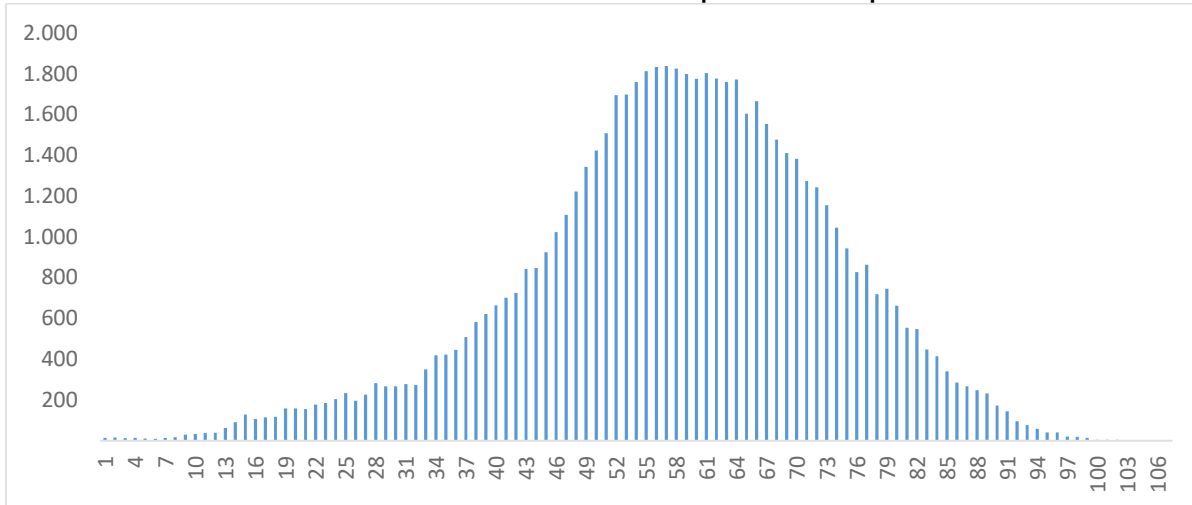
“La herramienta más frecuente que los médicos utilizan para describir el estadio es el sistema TNM. Los médicos utilizan los resultados de las pruebas de diagnóstico y las exploraciones para responder a las siguientes preguntas:

- **Tumor (T):** ¿qué tan grande es el tumor primario? ¿Dónde está ubicado?
- **Ganglio (Node, N):** ¿el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos? De ser así, ¿a dónde y cuántos?
- **Metástasis (M):** ¿el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo? De ser así, ¿a dónde y en qué medida? Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona.

¹ <https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/breast-cancer>

Existen 5 estadios: estadio 0 (cero), que es carcinoma ductal in situ no invasivo (DCIS), y los estadios I a IV (1 a 4), que representan cáncer de mama invasivo. El estadio es una forma frecuente de describir el cáncer, de manera que los médicos puedan planificar de forma conjunta los mejores tratamientos.”

Gráfica 1. Incidencia del cáncer por edades simples



Fuente: SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social

Elaboración: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

La gráfica 1 muestra la frecuencia de los casos de cáncer de mama por edades simples. Se puede observar que la distribución se asemeja a una normal con media cercana a los 58,1 años y desviación estándar de 11,2.

La Revista Colombiana de Cancerología² calculó los costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. El costo promedio por paciente, el cual depende del estadio de la enfermedad, oscila entre los **\$13 millones y los \$166 millones**. Es de notar una contribución importante de la quimioterapia en el costo total para los diferentes estadios.

A continuación, se presentan los resultados del estudio con precios ajustados a 2020:

Tabla 1. Costeo IN SITU

<i>Descripción</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>ISS</i>	<i>SOAT</i>
<i>IN SITU</i>			
<i>Diagnóstico inicial y de extensión</i>	\$ 1,017,635.25	\$ 1,132,195.52	\$ 1,519,685.24
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	\$ 2,582,322.21	\$ 2,967,774.91	\$ 4,665,128.19
<i>Tratamiento de radioterapia</i>	\$ 5,289,106.95	\$ 5,347,946.87	\$ 5,347,946.87
<i>Tratamiento de hormonoterapia premenopáusica</i>	\$ 100,685.31	\$ 68,082.84	\$ 155,037.99
<i>Tratamiento de hormonoterapia postmenopáusica</i>	\$ 134,267.88	\$ 89,948.87	\$ 198,450.41
<i>Seguimiento</i>	\$ 896,274.49	\$ 848,447.21	\$ 1,561,734.44
TOTAL	\$ 10,020,292.09	\$ 10,454,396.23	\$ 13,447,983.14

Fuente: Revista Colombiana de Cancerología; Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia.

Cálculos de ajuste por IPC: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

² <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-costos-directos-atencion-del-cancer-S0123901516300014> Óscar Gamboa, Lina Angélica Buitrago, Teófilo Lozano, Sabrina Dielemana, Carlos Gamboa, Erika León Guzmán, Milena Gila, Juan Fuentes, b

Tabla 2. Costeo ESTADIO IIA

<i>Descripción</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>ISS</i>	<i>SOAT</i>
ESTADIO IIA			
<i>Diagnóstico inicial y de extensión</i>	\$ 1,226,379.94	\$ 1,350,091.80	\$ 1,939,897.72
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	\$ 2,467,126.00	\$ 2,783,183.86	\$ 4,222,170.94
<i>Tratamiento de quimioterapia</i>	\$ 45,984,952.13	\$ 40,780,098.39	\$ 75,208,007.37
<i>Tratamiento de radioterapia</i>	\$ 4,365,848.80	\$ 4,495,525.84	\$ 4,446,307.50
<i>Tratamiento de hormonoterapia premenopáusica</i>	\$ 971,769.26	\$ 934,289.73	\$ 1,067,857.07
<i>Tratamiento de hormonoterapia postmenopáusica</i>	\$ 1,595,008.50	\$ 1,519,169.58	\$ 1,683,427.10
<i>Rehabilitación</i>	\$ 330,308.15	\$ 276,456.66	\$ 524,886.09
<i>Seguimiento 5 años</i>	\$ 900,496.67	\$ 832,228.95	\$ 1,568,563.89
TOTAL	\$ 57,841,889.45	\$ 52,971,044.83	\$ 90,661,117.68

Fuente: Revista Colombiana de Cancerología; Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia.
Cálculos de ajuste por IPC: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

Tabla 3. Costeo ESTADIO IIB

<i>Descripción</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>ISS</i>	<i>SOAT</i>
ESTADIO IIB			
<i>Diagnóstico inicial y de extensión</i>	\$ 1,274,734.02	\$ 1,395,404.26	\$ 2,083,228.08
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	\$ 2,985,116.93	\$ 3,689,959.80	\$ 7,770,219.28
<i>Tratamiento de quimioterapia</i>	\$ 49,015,722.32	\$ 43,672,312.82	\$ 83,025,979.31
<i>Tratamiento de radioterapia</i>	\$ 5,209,911.22	\$ 5,386,785.17	\$ 5,311,292.62
<i>Tratamiento de hormonoterapia premenopáusica</i>	\$ 721,770.58	\$ 681,269.47	\$ 819,909.89
<i>Tratamiento de hormonoterapia postmenopáusica</i>	\$ 1,161,922.32	\$ 1,091,110.81	\$ 1,243,726.42
<i>Rehabilitación</i>	\$ 463,732.93	\$ 378,753.56	\$ 923,485.35
<i>Seguimiento 5 años</i>	\$ 882,587.76	\$ 768,780.37	\$ 1,505,087.47
TOTAL	\$ 61,715,498.07	\$ 57,064,376.26	\$ 102,682,928.42

Fuente: Revista Colombiana de Cancerología; Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia.
Cálculos de ajuste por IPC: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

Tabla 4. Costeo ESTADIO IIIA-IIIC

<i>Descripción</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>ISS</i>	<i>SOAT</i>
ESTADIO IIIA-IIIC			
<i>Diagnóstico inicial y de extensión</i>	\$ 1,318,380.32	\$ 1,432,336.95	\$ 2,129,027.24
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	\$ 3,272,996.10	\$ 4,091,811.18	\$ 8,838,550.79
<i>Tratamiento de quimioterapia</i>	\$ 56,551,236.77	\$ 47,137,572.50	\$ 92,705,489.65
<i>Tratamiento de radioterapia</i>	\$ 5,479,670.97	\$ 5,695,908.90	\$ 5,599,240.84
<i>Tratamiento de hormonoterapia premenopáusica</i>	\$ 874,380.62	\$ 840,124.24	\$ 989,513.35
<i>Tratamiento de hormonoterapia postmenopáusica</i>	\$ 2,232,736.36	\$ 1,886,961.72	\$ 2,559,736.71
<i>Rehabilitación</i>	\$ 509,388.42	\$ 432,061.54	\$ 1,098,215.35
<i>Seguimiento 5 años</i>	\$ 942,712.94	\$ 805,461.36	\$ 1,578,595.33
TOTAL	\$ 71,181,502.49	\$ 62,322,238.38	\$ 115,498,369.27

Fuente: Revista Colombiana de Cancerología; Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia.
Cálculos de ajuste por IPC: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

Tabla 5. Costeo ESTADIO IV

<i>Descripción</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>ISS</i>	<i>SOAT</i>
ESTADIO IV			
<i>Diagnóstico inicial y de extensión</i>	\$ 1.567.029,16	\$ 1.680.092,56	\$ 2.569.821,61

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Código Postal 111711

PBX: (571) 381 1700

Atención al ciudadano (571) 6021270 - Línea Nacional: 01 8000 910071

atencioncliente@minhacienda.gov.co

Carrera 8 No. 6C- 38 Bogotá D.C.

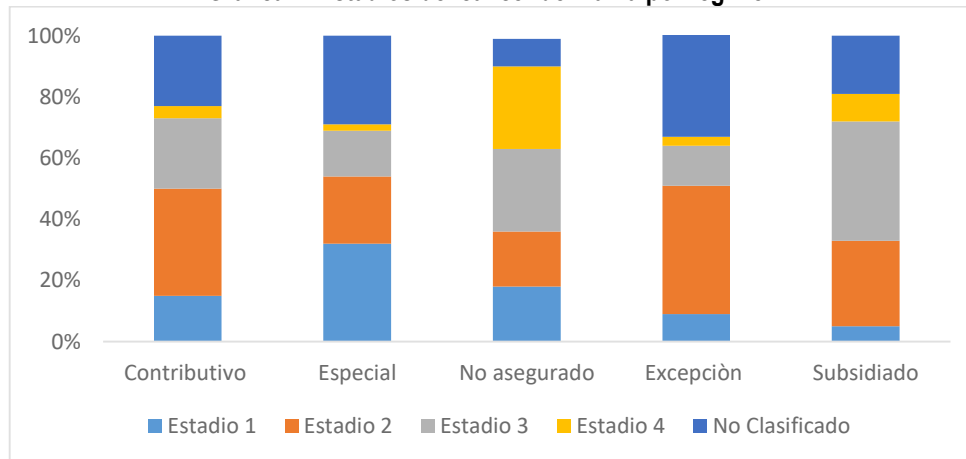
www.minhacienda.gov.co

Tratamiento quirúrgico	\$ 2.804.941,86	\$ 2.762.008,35	\$ 6.007.969,56
Tratamiento de quimioterapia	\$ 134.602.474,11	\$ 96.790.171,78	\$ 126.704.661,59
Tratamiento de radioterapia	\$ 5.435.031,21	\$ 5.860.669,82	\$ 5.677.896,40
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusica	\$ 2.195.809,24	\$ 2.211.597,60	\$ 2.379.892,42
Tratamiento de hormonoterapia postmenopáusica	\$ 6.022.070,60	\$ 5.508.765,17	\$ 5.958.167,62
Cuidado paliativo	\$ 5.209.258,57	\$ 4.327.219,89	\$ 11.894.504,85
Rehabilitación	\$ 1.292.838,95	\$ 929.995,16	\$ 2.159.888,94
Seguimiento 5 años	\$ 1.695.369,72	\$ 1.523.416,27	\$ 2.979.038,15
TOTAL	\$ 160.824.823,42	\$ 121.593.936,60	\$ 166.331.841,13

Fuente: Revista Colombiana de Cancerología; Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia.
Cálculos de ajuste por IPC: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

Del otro lado, de acuerdo con la Cuenta de Altos Costos³, en la clasificación TNM en pacientes incidentes por cáncer de mama, es posible clasificar a los pacientes con cáncer de mama según su estadio y el régimen al que pertenecen; los resultados se muestran en la gráfica 2:

Gráfica 2. Estadios del cáncer de mama por régimen.



Fuente: Cuenta de Alto Costo (2015).

Los resultados sugieren que el régimen al que pertenece el paciente y el estadio de la enfermedad no guardan una relación causal, debido a que se trata de una población que ha tenido diferentes niveles de maduración del padecimiento ya que son poblaciones con características muy diferentes entre sí. La grafica es un informativo de la situación al momento del corte.

Tabla 6. Costeo general totalizado.

	Número de Personas	Costo promedio	Total
Estadio 1	485	\$ 11.307.557	\$ 5.488.462.092
Estadio 2	1.318	\$ 70.489.476	\$ 92.873.408.820
Estadio 3	1.100	\$ 83.000.703	\$ 91.297.453.689
Estadio 4	220	\$ 149.583.534	\$ 32.950.260.807
No clasificado	883	\$ 76.974.149	\$ 68.005.891.045

³ <https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro%20C%C3%A1ncer%202015/14%20-%20Cap%C3%ADtulo%208%20-%20C%C3%A1ncer%20de%20seno.pdf>

Total	4.007	\$ 290.615.476.453,79
--------------	--------------	------------------------------

Fuente: Cuenta de Alto Costo (2015), Revista Colombiana de Cancerología (2016).

Cálculos: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social

A partir de la distribución de los pacientes con cáncer de mama de la Cuenta de alto Costo reportados para 2015, es posible inferir el costo total de la atención para estos pacientes basados en el espacio de costeo realizado por la Revista Colombiana de Cancerología. La tabla 6 establece el costeo de acuerdo con el promedio de los tres escenarios propuestos por la Revista Colombiana de Cancerología los cuales se midieron con la base de datos de suficiencia del aseguramiento en salud, usando los manuales de procedimientos del Instituto de Seguro Social (ISS) más un ponderador de 30% y la información del manual tarifario del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). En el caso de no clasificado se tomó el valor del promedio de los tres escenarios para los cuatro tipos de estadio descritos. Como población objetivo se tomó la equivalente a la Cuenta de Alto Costo, es decir, la población de la cual existe reporte por TNM, 4.007 personas.

El anterior costeo ha sido una contextualización del posible costo de los servicios y tecnologías que requiere una atención integral al cáncer, pero no tiene en cuenta el gasto efectivo que el sistema actualmente realiza. Usando los Registros Individuales de Prestación del Servicio de Salud, se encuentra que, bajo la clasificación CIIE 10 - C50, la cual corresponde a la neoplasia maligna de mama, **en 2018 se generaron costos en 3 ámbitos principales correspondientes a procedimientos quirúrgicos, procedimientos no quirúrgicos e intervenciones sociales en salud con un costo total de \$ 429 mil millones y se registraron 65.379 personas atendidas equivalente a un costo promedio de \$ 6,5 millones.** Que el gasto sea mayor a lo sugerido en la tabla 6 se debe principalmente a que el gasto asociado al cáncer de mama no tiene que ser necesariamente focalizado en las mujeres estadificadas debido a la dinámica de prevalencia de la enfermedad.

Un ejemplo de tecnología no incluida en el costeo que podría ser incluida en el PBS en orden de dar el mejor tratamiento posible y en el contexto de aplicación del proyecto fue evaluada en el análisis de impacto presupuestal de la radioterapia para el tratamiento de cáncer de mama en Colombia por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). Este estudio consideró la inclusión de la radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT) y la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) para una población de pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de 3.869 casos y encontró un impacto al primer año de \$ 22 mil millones.

2. Consideraciones e impacto fiscal del articulado del Proyecto de Ley

a. Frente al Día Nacional de la detección temprana del cáncer de mama y la ruta de atención en salud para su diagnóstica y tratamiento

En este sentido se encuentra que a través del artículo 5 de la propuesta legislativa, se declara el día 19 de octubre como el Día Nacional de la Detección Temprana del Cáncer de Mama y se deja en cabeza del Gobierno nacional – Ministerio de Salud y Protección Social el diseño de una estrategia encaminada a promover e incentivar la realización del autoexamen de mama, la consulta médica y mejorar las opciones de estilo de vida saludable, para prevenir el cáncer de mama: i) a través de un espacio en horario prime, por intermedio de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, y, ii) través de las redes sociales, medios impresos y programas de televisión y radio que cubran el territorio nacional.

Por su parte, el artículo 8 del Proyecto de Ley establece una ruta de atención en salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, en los siguientes términos:

*“Todos los actores involucrados en la detección, confirmación diagnóstica y tratamiento 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 modelo de que 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 desarrolle el Ministerio de Salud y Protección Social.

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 se procederá, en un plazo máximo de una semana, a la realización de las pruebas que sean necesarias y prescritas por el patólogo, siendo revisados los resultados en plazo no mayor de una semana y, la intervención por oncología clínica, será realizada con 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 (cirugía, 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, si y solo si estos procedimientos son incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

f) El ente territorial debe garantizar que el paciente con diagnóstico de cáncer de mama ingrese a la Ruta de Atención Integral diseñada previamente.

g) Las EAPB deben garantizar que no se traslade al paciente las gestiones administrativas. Para esto se debe contar con gestores en cada municipio (...).

Al respecto, sea menester señalar que este Ministerio, sin perjuicio de la competencia del Congreso de la República de hacer las leyes, no comparte la inclusión de servicios y tecnologías en salud mediante leyes, tal como se pretende hacer mediante el proyecto de ley del asunto, en tanto esta práctica disiente de la filosofía del SGSSS que implica la ejecución de dicha labor a través de una entidad técnica como el Ministerio de Salud y Protección Social, en razón a los criterios que deben tenerse en cuenta para su inclusión, el análisis que esto supone y los componentes que se encuentran en juego como la sostenibilidad del sistema articulado bajo un esquema de prestación que comprende la participación de los particulares y la solidaridad en su financiación. Luego es imperioso preservar la coherencia del sistema y respeto por las instituciones que han sido creadas precisamente para hacer efectiva la prestación del servicio de la seguridad social.

Aunado a lo anterior, resulta acertado sostener que el sistema de salud se encuentra actualmente en una etapa de transición hacia el nuevo plan de beneficios, mediante la cual se pretendió garantizar que la comunidad científica, los expertos, los profesionales en salud, los ciudadanos en general y los pacientes en especial, puedan participar de forma transparente y pública en la toma de decisiones que inciden en el contenido y alcance del derecho a la salud.

En este nuevo sistema, la adopción de medidas aisladas en materia de inclusiones o exclusiones implica un claro desconocimiento de la Ley Estatutaria en Salud (LES). Así las cosas, la expedición de una ley ordinaria por parte del Congreso de la República que ordena la financiación de tratamientos con recursos públicos resulta contraria a los postulados de la Ley Estatutaria de Salud.

La voluntad del legislador estatutario frente a la protección del servicio de salud fue la de adoptar un modelo de servicios y tecnologías excluidos, de manera que se financia con cargo a los recursos públicos lo que no esté excluido. Este modelo junto con el procedimiento de exclusión y la competencia de dicho proceder por parte del Ministerio de Salud y

Protección Social fue declarado exequible y considerado expresamente materia “estatutaria” por la Corte Constitucional, lo que le otorga a dicho contenido una jerarquía por encima de las leyes ordinarias de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Al respecto, cabe reiterar que la Ley 1751 de 2015⁴, regula asuntos que hacen parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud y que por lo tanto tienen reserva de ley estatutaria. En ese sentido, comoquiera que el artículo 15 de la LES regula materias estatutarias, su contenido constituye un referente constitucional que debe ser observado de forma obligatoria por el legislador ordinario. Por lo tanto, la violación de la norma estatutaria implica, a su vez, la transgresión de la Constitución.

Así las cosas, el proyecto de ley resulta contrario a los mandatos del legislador estatutario definidos en el artículo 15 de la LES. Ciertamente, al ampliar directamente los beneficios se desconocen las reglas estatutarias sobre competencia y procedimiento en materia de exclusiones y ampliación de servicios y tecnologías en salud.

En relación a las estrategias que plantea el artículo 5 de la iniciativa, es preciso reiterar que la financiación de la salud pública es competencia de los entes territoriales, y lo allí previsto supone que estrategias que se desarrollan en el marco de los Planes de Intervenciones Colectivas sean asumidos por la Nación, planteamiento que resulta contrario a las normas de naturaleza orgánica que regulan la materia.

b. Frente al programa nacional de detección temprana del cáncer de mama

El artículo 6 del Proyecto de Ley, establece:

“Artículo 6°. Programa nacional de detección temprana del cáncer de mama. Implementétese 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 mamá 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 (...)*

De acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, filtrando por el diagnóstico principal CIIE 10 C 50, y por la clasificación del código unido del procedimiento de consulta, monitorización y procedimientos diagnósticos como aproximación del examen clínico, según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), **en la vigencia 2018 se tiene un costo promedio por persona de \$ 27.055. Las mujeres de entre 30 años y 95 años, en la BDUA sumaron a 2018, 12.905.347 mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Conviene señalar que la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama establece la recomendación de la realización del examen clínico de mama a partir de los 40 años como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado

⁴ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas, así:

- b) *A todas las mujeres en Colombia al cumplir 40 años, se les realizará como prueba de tamizaje una mamografía. El intervalo de realización será cada dos años hasta cumplir los 50 años y, a partir de esta edad, la mamografía será anual hasta cumplir 70 años. En las pacientes de riesgo intermedio y/o antecedente familiar para cáncer de mama, la primera mamografía se realizará 10 años antes del primer diagnóstico familiar. Para las pacientes con alto riesgo, es decir, con una mutación genética conocida, el tamizaje con mamografía se realizará anual, junto con examen clínico, e incluirá además otras ayudas diagnósticas pertinentes en estos casos como la resonancia magnética de mama.*

En cuanto a la realización del tamizaje las recomendaciones estipuladas en la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama establecen que en cuanto a la tamización en la población general se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas adecuadas que pueden incluir la mamografía o la ecografía, por lo que se deben focalizar los recursos hacia las pacientes sintomáticas.

Para efectos del costeo propuesto, usando una aproximación sobre el tamizaje, se puede asumir que el mismo se realizará siguiendo las recomendaciones vigentes a 2013. Es decir, mediante mamografía de dos proyecciones acompañado de examen clínico de mama ambos procedimientos tienen un **costo a 2020 de \$ 103.028** trayendo a valor presente información de la base de datos de suficiencia lo que implicaría un **valor del tamizaje de \$ 805.950 millones durante el primer año.**

Ahora bien, el Proyecto de Ley en su articulado propone otros servicios y programas que implicarían costos adicionales, sin embargo, se priorizó el costeo de los que se consideran más importantes para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los que tienen mayor impacto fiscal.

Por otra parte, debido al fuerte impacto que tendría un proyecto como este, se recomienda al legislativo apoyar a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud en la gestión de recursos para hacer el debido proceso de inclusión de tecnologías requeridas al PBS, para su financiación con recursos de la UPC. En este proceso la comisión debe contratar un análisis de impacto presupuestal y de acuerdo con el resultado de este, hacer el respectivo aumento de la UPC para la siguiente vigencia, aumento que debe ir con cargo a los recursos para la salud, los cuales pueden provenir de impuestos, transferencias, cotizaciones etc. En tal sentido, el legislativo al proponer una inclusión, debe hacerlo mediante los canales establecidos y debe considerar una fuente de recursos.

c. Frente al control de calidad en la tamización de cáncer de mamá

Por otro lado, respecto a lo establecido en el inciso 2 y el párrafo 1 del artículo 7 de la iniciativa, que autoriza al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, financiar el desarrollo de nuevas tecnologías para el tamizaje de mama, así como investigaciones clínicas para detectar signos tempranos del cáncer de seno, debe advertirse que este mandato desconoce la Constitución y las normas orgánicas en materia presupuestal.

En efecto, si bien es cierto que la Constitución Política y las normas orgánicas de presupuesto reconocen al Congreso de la República como el órgano competente para aprobar el gasto, no se puede desconocer que la decisión del gasto involucra también al Ejecutivo en los diferentes momentos del proceso de elaboración presupuestal, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 345 superior, que establece que *“En tiempo de paz no se podrá percibir contribución o impuesto*

que no figure en el presupuesto de rentas, ni hacer erogación con cargo al Tesoro que no se halle incluida en el de gastos”, lo cual estará incluido en el presupuesto de rentas y ley de apropiaciones, que por disposición constitucional contendrá la totalidad de los gastos que el Estado pretenda realizar durante la vigencia fiscal respectiva.

Lo anterior implica que el Congreso de la República únicamente podrá aprobar aquellos gastos que cuentan con respaldo en una ley anterior, lo cual no puede significar que el Congreso pueda atribuirse competencias que desde la Constitución y las leyes orgánicas de presupuesto están otorgadas al Ejecutivo. En este sentido, mal haría el Congreso en priorizar el gasto desde una ley, pues como bien lo establece el artículo 39 del Estatuto Orgánico del Presupuesto, la priorización de gastos autorizados por leyes preexistentes en la ley anual de presupuesto corresponde al Gobierno.

Por lo expuesto, este Ministerio se abstiene de emitir concepto favorable respecto al Proyecto de Ley, en virtud a que: i) los costos de la propuesta que no se encuentran contemplados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que superan las proyecciones de lo que se tiene destinado para la atención y tratamiento del cáncer de mama; ii) la vulneración de la Ley Estatutaria de Salud en relación con los artículos 5 y 8; iii) la vulneración de la Ley Orgánica del Presupuesto por parte del artículo 7 y, iv) la iniciativa legislativa no cumple con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003⁵ en lo referente a la fuente de financiación o a la discriminación de gastos para la financiación de lo propuesto, toda vez que genera costos no incluidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo. En todo caso esta Cartera solicita la posibilidad de conformar una mesa de trabajo con la disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigente.

Cordial saludo,

JUAN PABLO ZÁRATE PERDOMO

Viceministro Técnico

DGRESS/DAF/OAJ

UJ-0993/20

Proyectó: Andrea del Pilar Suárez Pinto

Dr. Orlando Anibal Guerra de la Rosa – Secretario General de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.

⁵ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

Firmado digitalmente por: JUAN PABLO ZARATE PERDOMO

Viceministro Tecnico

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Código Postal 111711

PBX: (571) 381 1700

Atención al ciudadano (571) 6021270 - Línea Nacional: 01 8000 910071

atencioncliente@minhacienda.gov.co

Carrera 8 No. 6C- 38 Bogotá D.C.

www.minhacienda.gov.co