

Bogotá, D.C., Agosto 28 de 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ
Presidente comisión VII
Cámara de Representantes
E. S. D

Asunto: Ponencia positiva para primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes del proyecto de ley No. 068 de Cámara del 2020, “**POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 1384 DE 2010, LEY SANDRA CEBALLOS**”.

Respetado Sr. Presidente:

En condición de ponente del proyecto de la referencia, nos permitimos presentar ponencia para primer debate en los siguientes términos:

Número proyecto de ley	No. 068 de Cámara del 2020,
Título	“POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 1384 DE 2010, LEY SANDRA CEBALLOS”
Autor	Autores los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Carlos Ardila Espinosa, Mónica Liliana Valencia Montaña, Jhon Arley Murillo Benítez, Rodrigo Rojas Lara, Sara Elena Piedrahita Lyons, Mauricio Toro Orjuela, Hernán

	Gustavo Estupiñan Calvache, María José Pizarro Rodríguez, Elizabeth Jay-Pang Diaz, Jennifer Kristin Arias Falla , Martha P. Villalba Hodwalker, Margarita María Restrepo A., Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Harry Giovanni González, Karina Estefanía Rojano Palacio, Karen Viollette Cure Corcione, Teresa Enríquez Rosero, Julián Peinado Ramírez, Fabio Fernando Arroyave, Andrés David Calle, Katherine Miranda Peña, Adriana Gómez Millán, Álvaro Henry Monedero Rivera, Alejandro Vega Pérez, Honorable Senador Miguel Amin Escaf.
Ponentes	Representantes: JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA (Coordinador Ponente) MARIA CRISTINA SOTO (Ponente)
Ponencia	Positiva con pliego de modificaciones

1. OBJETIVO DEL PROYECTO

La presente ley tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo de rehabilitación integral por parte de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama y establecer tiempos máximos de respuesta para brindar la atención requerida.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El proyecto de ley fue radicado el día 20 de julio de 2020 en la Cámara de Representantes.

El pasado 15 de agosto de 2020 los Honorable Representantes **JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA** (Coordinador Ponente) **MARIA CRISTINA SOTO** (Ponente), fuimos notificados

como ponentes para primer debate en la Comisión Séptima de Cámara de Representantes.

El 21 de agosto de 2020 se solicitó concepto al Ministerio de Salud y Protección.

3. JUSTIFICACION

3.1. JURÍDICOS Y NORMATIVOS SOBRE LA MATERIA EN COLOMBIA

A continuación, se relaciona los principales antecedentes sobre la materia:

- **Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifican o sustituyen.**

El sistema de seguridad en salud fue creado mediante la ley 100 de 1993, y se definió como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado regula el servicio público esencial de salud y crea las condiciones de acceso al servicio en todos los niveles de atención por parte de todos los ciudadanos. Este tiene dos regímenes principales:

- Régimen contributivo
- Régimen subsidiado

- **Ley 1348 de 2010 o ley Sandra Ceballos.**

La ley Sandra Ceballos, es uno de los avances más importantes para atender el cáncer en Colombia. Esta ley se contempla la atención para el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación integral a los pacientes que sufren cualquier tipo de cáncer. Asimismo, esta ley dispone de herramientas de suma importancia para atender esta enfermedad, como el registro nacional para el cáncer.

- **Ley 1733 de 2014.**

La Ley 1733 de 2014 Consuelo Devis Saavedra *“mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida,”* aborda una de las perspectivas del derecho a morir dignamente y es uno de los pasos de mayor importancia en su regulación. Esta ley asume el derecho a morir dignamente desde una perspectiva del cuidado paliativo, establece quienes pueden ser considerados como enfermos en fase terminal o enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y establece en su artículo 5 los derechos de los pacientes con este tipo de enfermedades, entre los que se encuentran:

- Acceso al cuidado paliativo

- Acceso al derecho a la información sobre la enfermedad que padece
- Derecho a una segunda opinión sobre la enfermedad que padece
- Derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada
- Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo
- Derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir los cuidados paliativos
- Derecho de los familiares a dar el consentimiento sustituto sobre los cuidados paliativos

3.2. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

La reconstrucción de mamas y los tratamientos para el cáncer de mama, en el mundo ha sido una lucha importante por ser “de alto costo”. Asimismo, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres, lo que hará que el impacto en el sistema de salud de incluir todos los tratamientos relacionados con esta enfermedad sea alto pues no serán pocos casos los que se atenderán.

A continuación, las referencias internacionales:

PAÍS	LEY	OBJETO	ARGUMENTOS	BENEFICIARIOS	PROCEDIMIENTO APROBADO	AÑO
España	Real Decreto 1030	Concretar y actualizar el contenido de la cartera básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud en lo referente a tratamientos quirúrgicos de VIH-	Mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud	Universal pues están incluidos otros tratamientos	Implantes	2006

PAÍS	LEY	OBJETO	ARGUMENTOS	BENEFICIARIOS	PROCEDIMIENTO APROBADO	AÑO
		SIDA y a los implantes quirúrgicos.				
Argentina	26872	Inclusión de la cobertura de la cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria. Provisión de las prótesis necesarias.	De esto depende la salud integral de las personas	Universal. Especifica mujeres beneficiarias en proceso de divorcio del cotizante en la ley 23660, pero en esta no se menciona a las mujeres	Cirugía reconstructiva	2013
EEUU	Medicare	Incluir en los planes de salud familiares estos procedimientos, En este país las usuarias escogen que tipo de plan quieren y pueden pagar	El Women's Health and Cancer Rights Act solo aborda la mastectomía	Las beneficiarias de este Sistema son específicamente mujeres	Mamoplastía, la paciente debe cubrir copago, que varía según la calidad del procedimiento. Las aseguradoras pueden determinar si el procedimiento es solo cosmético	2016 (WHC R en 1988)
España (Cantabria, comunidad)		Tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria			180 días máximo en la realización de cirugías reconstructivas	2018

PAÍS	LEY	OBJETO	ARGUMENTOS	BENEFICIARIOS	PROCEDIMIENTO APROBADO	AÑO
Autonómica)		especializada				
México	Reforma a la ley general de Salud	Inclusión de la reconstrucción mamaria como procedimiento básico de salud para que las mujeres puedan acceder de forma gratuita.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Este cáncer es el más común entre las mujeres 2. Solo el 7% de las sobrevivientes ha accedido a esta cirugía 	Habla específicamente de mujeres en la argumentación	Mastectomía (remoción del tejido mamario) y mamoplastía (reconstrucción y prótesis)	En discusión

Fuente: Elaboración propia UTL JFRK

con información sobre la legislación de cada país

3.3. REGULACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

En la regulación colombiana se ha desarrollado este tema, mediante normas y protocolos que atienden a la problemática. La principal legislación para la atención del cáncer de mama es la ley 1384 de 2010, sin embargo, en Colombia, se han expedido distintas resoluciones para atender y fomentar la prevención de los efectos del cáncer, entre ellos, el de mama. Por ejemplo, en 2013 se expidió la resolución 1383 mediante el cual se adopta el plan decenal para el control de cáncer en Colombia.

En el mismo sentido, el Ministerio de Salud expidió la resolución 3280, mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Esta resolución determinó en su anexo técnico que deberá practicarse un tamizaje para el cáncer de mama a partir de los 50 años de edad.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en 2013 la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Resaltando la importancia de esta enfermedad en el país, esta guía fue elaborada por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), de manera conjunta con otras organizaciones. La justificación de la realización de este documento radicó, conforme a la Guía de práctica clínica (2013): *“en un crecimiento anormal e incontrolable de las células mamarias usualmente como resultado de mutaciones en genes que controlan la proliferación y muerte celular. En la mayoría de los casos, estas mutaciones ocurren debido a eventos aún no plenamente entendidos con efectos acumulativos durante el tiempo de vida de la persona. El tumor resultante tiene la característica de invadir localmente los tejidos sanos vecinos así como enviar células tumorales a órganos a distancia, con una destrucción progresiva de los mismos”* (página 48).

Acto seguido, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología, publicaron en 2015 el Manual para la detección temprana del cáncer de mama, en su tercera edición. Este manual, se promulgó por la incidencia del cáncer de mama en Colombia, que para la época demostraba una tendencia hacia incremento. Ocupando para este año el primer lugar en incidencia por cáncer y el primer lugar en mortalidad entre todos los cánceres diagnosticados a las mujeres colombianas (Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto Nacional de Cancerología, 2015).

Finalmente, es importante traer a colación la Ley 1751 de 2015, conocida como ley estatutaria en salud. Esta ley reglamenta, entre otras cosas, que servicios y tecnologías no pueden hacer parte del plan de beneficios en salud. Para ello, la ley determinó los siguientes criterios:

- a)** *Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b)** *Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c)** *Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d)** *Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e)** *Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f)** *Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Sin embargo, la Corte Constitucional, en concordancia con su jurisprudencia, advierte lo siguiente frente al literal a de la mencionada ley (Sentencia C-313 , 2014):

“Encuentra la Corte que lo estipulado en el literal analizado se ajusta a la Constitución, siempre y, cuando dada las particularidades del caso concreto, no se trate de situaciones que reúnan los requisitos establecidos por la jurisprudencia para excepcionar lo dispuesto por el legislador y en el caso concreto, no se afecte la dignidad humana de quien presenta el padecimiento. Por ende, acorde con las precisiones hechas se declarará la constitucionalidad del mandato evaluado, pues, se trata de un criterio, sujeto a ser inaplicado en los casos y con las condiciones que la jurisprudencia constitucional ha indicado.”

En ese sentido, la Corte Constitucional deja claro, mediante esta sentencia, la diferencia entre los tratamientos estéticos y aquellos necesarios para la rehabilitación de los pacientes. Estos últimos por esta razón no se podrían excluir del PBS.

3.4. AFECTACIÓN DE DERECHOS

Con la presente situación se afectan principalmente los siguientes postulados constitucionales y legales:

Dignidad humana. Definida así en la constitución política:

“ARTICULO 1o. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.”

Derecho a la igualdad. Definida así en la constitución política:

“ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”.

Derecho a la salud. Definido parcialmente así en la constitución política:

“ARTÍCULO 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.*

Este derecho también encuentra su definición la ley estatutaria 1751 de 2015, que determinó en su artículo 2 la **Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud**, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 2. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

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”.

3.5. MAGNITUD DEL PROBLEMA

El Instituto Nacional de Cancerología reportó que entre el 2007 y 2011 en Colombia se diagnosticaron 62.818 casos nuevos de cáncer por año, siendo 29.734 en hombres y 33.084 en mujeres. Los cánceres más frecuentes en este periodo en hombres fueron en próstata, estómago y pulmón; para las mujeres los cánceres más frecuentes fueron en mama, cuello de útero y colorrectal. Y para el 2018, la Organización Mundial de la Salud, fueron 13.380 los nuevos casos que se presentaron en el país. (Instituto Nacional de Salud, 2020)

Frente a la presente problemática el Ministerio de Salud ha comunicado que la tasa de mortalidad por cáncer de mama para el año 2018 fue de 13,66% y que entre 2015 y 2019 se han reportado únicamente 2.203 pacientes con alguna atención médica relacionada con la reconstrucción de mamas.

En Colombia existe una evidente tendencia al alza de los casos de cáncer de mama. Según los datos del Instituto Nacional de Salud (2018) 2.278 casos se han presentado desde el 2016. Siendo el Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá, Risaralda y Norte de Santander las cinco entidades territoriales con mayor notificación de estos casos (*tabla 1*) (Instituto Nacional de Salud, 2018).

Tabla 1. Proyección y notificación de casos de cáncer de mama.

Semanas epidemiológicas 1-22, 2018.

Departamento/Distrito	Proyección	2018
Valle del Cauca	140	501
Antioquia	210	402
Bogotá	264	376
Risaralda	31	125
Norte de Santander	41	121

Fuente: Elaboración UTL Reyes Kuri basado en el

Boletín No. 23 de 2018 del INS

Por otra parte, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2018), el promedio de edad de los casos notificados de cáncer de mama fue de 57 años, los grupos de edad más frecuentes fueron 50 a 54 años y de 70 años y más. Por pertenencia étnica 8 casos en indígenas y 43 casos en afrocolombianos. Por último, fueron notificados cuatro casos procedentes de Venezuela (*Ver tabla 2*).

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social informó que la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 13,66 para el año 2018:

Tabla 2. Tasa de mortalidad cáncer de mama.

Año	2015	2016	2017	2018
Tasa de mortalidad	11,74	12,87	13,32	13,66

Fuente: Ministerio de Salud (2020).

Respuesta a Derecho de petición a la UTL de Reyes Kuri

Por otro lado, conforme a lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), entre 2015 y 2019 se han reportado **2.203** personas con alguna atención médica relacionada con la reconstrucción de mamas.

a. LOS TRATAMIENTOS INCLUIDOS EN EL PBS

De acuerdo con a lo informado por el Ministerio de Salud, se relacionan a continuación algunos de los servicios y tecnologías que encuentran en el PBS para la reconstrucción mamaria:

Procedimiento	Código CUPS
Colgajo en la mama	88584
Reconstrucción de mama con tejido autólogo.	8572
Plastia o reconstrucción de pezón	8587
Injerto de grosor total o parcial en la piel de la mama	8582 y 8583

Fuente: Resolución 3512 de 2019

En este sentido, se encuentra que los tratamientos de reconstrucción mamaria unilateral y bilateral con dispositivos (prótesis) no se incluyeron dentro del PBS para el año 2020.

Cabe mencionar en consecuencia que, estos tratamientos conforme a la normatividad vigente para el año 2019, se autorizan mediante el “Mipres”. Dicho procedimiento para la verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC, fue derogado acorde a lo dispuesto en la ley de Plan de Desarrollo (artículo 240) al determinar que, los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serían gestionados por las EPS, quienes **financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES, 2020)**. Eliminando de esta forma, el sistema de recobros creado mediante las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, entre otras.

b. TUTELAS EN SALUD

Uno de los diagnósticos más preocupantes con el acceso al derecho a la salud y a los tratamientos de reconstrucción mamaria, es el número de tutelas que se presentan anualmente en Colombia y la trámititis asociada al acceso a la salud. Por ejemplo, según el BID (2018) en el sector salud un ciudadano tarda nueve horas (9,2 horas) para poder realizar un trámite en su totalidad. Por otro lado, de acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2019), en el año 2018, se presentaron 207.734

tutelas relacionadas con este objetivo. Las tutelas en salud representan el 34,21% del total de tutelas invocadas en el país y presentan un incremento del 5,1 por ciento con relación a 2017. Esto gracias a que aproximadamente cada 34 segundos se interpone una acción de tutela para garantizar el derecho a la salud (Defensoría del Pueblo, 2019).

De otra parte, las cinco (5) especialidades más frecuentes en 2018 fueron ortopedia (27.762 tutelas), neurología (24.111), **oncología (18.145)**, oftalmología (14.016) y urología (10.610).

Tabla 3. Solicitudes más frecuentes en las tutelas en salud.

Solicitudes	2017		2018		Variación %
	N.° solicitudes	Part. % en solicitudes	N.° solicitudes	Part. % en solicitudes	
Tratamientos	96.196	21,43	121.062	24,93	25,85
Medicamentos*	97.023	21,61	79.322	16,33	-18,24
Citas médicas especializadas	60.272	13,43	72.717	14,97	20,65
Otras relacionadas con el sistema	48.687	10,85	54.383	11,20	11,70
Procedimientos quirúrgicos	41.284	9,20	44.500	9,16	7,79
Procedimientos diagnósticos	44.697	9,96	38.713	7,97	-13,39
Exámenes diagnósticos	20.007	4,46	21.749	4,48	8,71
Prótesis, órtesis e insumos	23.131	5,15	21.478	4,42	-7,15
Pañales	14.358	3,20	15.041	3,10	4,76
Exclusiones			7.066	1,45	
Productos nutricionales			6.848	1,41	
Otras	3.264	0,73	2.824	0,58	-13,48
Total solicitudes	448.919	100,00	485.703	100,00	8,19
Total tutelas en salud	197.665		207.734		5,09

Tomado de: Defensoría del Pueblo (2019)

Una de las principales preocupaciones de la Defensoría del Pueblo es el aumento de las tutelas en salud, mientras las tutelas en general evidencian una tendencia a la baja. Esto lleva a cuestionarnos si las medidas adoptadas para garantizar el acceso a la salud son suficientes. Igualmente, hay que señalar que, conforme a lo informado por la Defensoría, en las decisiones de los jueces en primera instancia con un fallo a favor, el derecho a la salud tuvo el porcentaje más alto entre todos los derechos invocados, con un 82,2%. Esto, de acuerdo a la Defensoría del Pueblo (2019) indica un alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela invocada para garantizar el derecho a la salud.

i. Tutelas y el cáncer de mama

Las cifras de tutelas presentadas relacionadas con este tipo de cáncer son alarmantes, como se dijo, según la Defensoría del Pueblo (2019), las tutelas presentadas por enfermedades de tipo oncológicas estuvieron entre las más frecuentes, con **18.145** tutelas en el 2018.

Los pacientes con cáncer de mama, entre los pacientes con tumores malignos, son los que más interponen tutelas para la realización de un diagnóstico, así como por falta de oportunidad en el

tratamiento integral, quimioterapia y radioterapia y falta de autorizaciones integrales **(14,8%)** con un total de **2.667** tutelas presentadas en el año 2018 (Defensoría del Pueblo, 2019). Por ejemplo, de acuerdo a la la Defensoría del Pueblo (2019), se solicitan mediante tutela medicamentos para tratamiento y que hacen parte de la “Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama”.

Estas estadísticas, presentadas por el BID, Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, reflejan la magnitud del problema a tratar, la tendencia al alza de los casos que se presentan en el país de cáncer de mama y cómo ha aumentado su tasa de mortalidad. También demuestran la preocupante situación de las tutelas relacionadas con el acceso a la salud, que son un indicio de la existencia de fuertes barreras de acceso a los distintos servicios que presta el Sistema de Salud.

Finalmente dejan en evidencia, cómo las mujeres que sufren cáncer de mama presentan un elevado número de tutelas para acceder a estos servicios, entre ellos, los de tratamiento integral, que están incluidos en la “Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama” e incluso, los que se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, lo que causa curiosidad, considerando que el acceso a estos diagnósticos y tratamientos no deberían ser negados o postergados.

Este breve diagnóstico permite ver con claridad la necesidad de presentar esta iniciativa, la cual busca eliminar las barreras de acceso a los programas de rehabilitación integral por parte de las mujeres sobrevivientes al cáncer, garantizar sus derechos y reducir la trámititis.

4. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de Ley se compone de 3 artículos distribuidos de la siguiente manera:

El primer artículo aborda el objeto general del proyecto de ley, el segundo artículo establece la modificación al artículo 11 de la ley 1384 de 2010, y la vigencia de la norma propuesta.

Los ponentes del proyecto de ley en aras de establecer una reglamentación más definida y contribuir al contenido del proyecto, realiza unas modificaciones conforme al siguiente pliego de modificaciones.

5. PLIEGO D E MODIFICACIONES

El presente proyecto de ley fue presentado con el siguiente texto al cual se le hacen las siguientes modificaciones

Nº de artículo	Artículo del proyecto	Propuesta modificación y/o inclusión	Justificación
	“Por medio de la cual se modifica la ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos”.		IGUAL
Art.1	OBJETO. La presente ley tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo de rehabilitación integral por parte de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama y establecer tiempos máximos de respuesta para brindar la atención requerida.		IGUAL
Art 2.	El artículo 11 de la ley 1384 de 2010, quedará así: Artículo 11. Rehabilitación integral. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que abarcarán la rehabilitación física en todos sus componentes, incluyendo las	El artículo 11 de la ley 1384 de 2010, quedará así: Artículo 11. Rehabilitación integral. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que abarcarán la rehabilitación física en todos sus componentes, incluyendo las	Se realizan ajustes por técnica legislativa

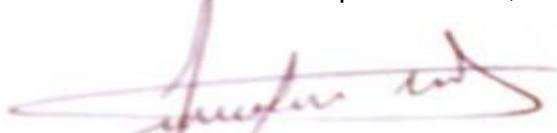
<p><u>cirugías y prótesis necesarias</u>, así como la atención psicológica y social.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán <u>de forma simple, ágil y eficiente</u> sin perjuicio que cuando ese se trate de servicios fuera de los planes de beneficios hagan los recobros a que haya lugar.</p> <p><u>PARÁGRAFO 2o.</u> Con el fin de que las entidades responsables <u>garanticen de forma oportuna, simple, ágil y eficiente el acceso a los programas de apoyo de rehabilitación integral descritos en el presente artículo, las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama recibirán la atención en los siguientes plazos máximos, en los que se deberá autorizar y programar el tratamiento requerido:</u></p> <p>a) <u>Sesenta (60) días en el caso de procedimientos de</u></p>	<p><u>cirugías y prótesis necesarias</u>, así como la atención psicológica y social.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán <u>de forma priorizada</u> sin perjuicio que cuando <u>se</u> trate de servicios fuera de los planes de beneficios <u>las entidades realizarán los respectivos</u> recobros a que haya lugar.</p> <p><u>PARÁGRAFO 2o.</u> Con el fin de que las entidades responsables <u>garanticen de forma priorizada el acceso a los programas de apoyo de rehabilitación integral descritos en el presente artículo, las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama recibirán la atención en los siguientes plazos máximos, en los que se deberá autorizar y programar el tratamiento requerido:</u></p> <p>a) <u>Sesenta (60) días en el caso de procedimientos de</u></p>	
--	--	--

	<p><u>reconstrucción mamaria.</u></p> <p>b) <u>Treinta (30) días para las consultas de asistencia especializada</u></p> <p>c) <u>Cinco (5) días para la realización de pruebas diagnósticas.</u></p> <p>d) <u>Quince (15) días para el acceso a consultas de carácter psicológico y social.</u></p>	<p><u>reconstrucción mamaria.</u></p> <p>b) <u>Treinta (30) días para las consultas de asistencia especializada</u></p> <p>c) <u>Cinco (5) días para la realización de pruebas diagnósticas.</u></p> <p>d) <u>Quince (15) días para el acceso a consultas de carácter psicológico y social.</u></p>	
Art.3.	<p>VIGENCIA. La presente ley rige desde su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>		

6. PROPOSICIÓN

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, se solicita a la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar primer debate y aprobar el proyecto de ley No. 068 de Cámara “**POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 1384 DE 2010, LEY SANDRA CEBALLOS**”, con base en el texto propuesto.

De los Honorables Representantes,



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



MARIA CRISTINA SOTO DE GOMEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

“Por medio de la cual se modifica la ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos”.

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA

DECRETA:

Artículo 1º. OBJETO. La presente ley tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a programas de apoyo de rehabilitación integral por parte de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama y establecer tiempos máximos de respuesta para brindar la atención requerida.

Artículo 2º. El artículo 11 de la ley 1384 de 2010, quedará así:

Artículo 11. Rehabilitación integral. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que abarcarán la rehabilitación física en todos sus componentes, incluyendo las cirugías y prótesis necesarias, así como la atención psicológica y social.

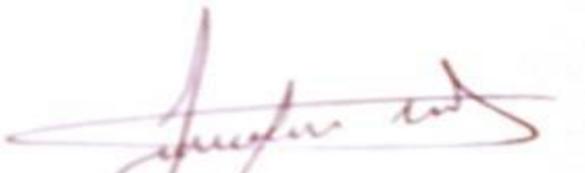
PARÁGRAFO 1o. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en esta ley y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán de forma priorizada sin perjuicio que cuando se trate de servicios fuera de los planes de beneficios las entidades realizarán los respectivos recobros a que haya lugar.

PARÁGRAFO 2o. Con el fin de que las entidades responsables garanticen de forma priorizada el acceso a los programas de apoyo de rehabilitación integral descritos en el presente artículo, las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama recibirán la atención en los siguientes plazos máximos, en los que se deberá autorizar y programar el tratamiento requerido:

- a) Sesenta (60) días en el caso de procedimientos de reconstrucción mamaria.
- b) Treinta (30) días para las consultas de asistencia especializada
- c) Cinco (5) días para la realización de pruebas diagnósticas.
- d) Quince (15) días para el acceso a consultas de carácter psicológico y social.

Artículo 3º. VIGENCIA. La presente ley rige desde su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



MARÍA CRISTINA SOTO DE GÓMEZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA