



Bogotá, D.C., 29 de octubre de 2020

Honorable Representante  
**JUAN DIEGO ECHAVARRIA SANCHEZ**  
Presidente Comisión VII  
Cámara de Representantes  
E. S. D.

**Asunto: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 258 DE 2020 CÁMARA** “Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones”

Respetado Señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de 1992, procedemos a rendir **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 258 DE 2020 CÁMARA** “Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones”, en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa
2. Objeto del proyecto
3. Marco Jurídico
4. Alcance y contenido del proyecto
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición

### **1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA**

El proyecto de ley es de iniciativa de los Honorables Representantes: Juan Carlos Reinales, Henry Fernando Correal, Juan Diego Echavarría, Kelyn González, Flora Perdomo, Faber Muñoz, Jhon Arley Murillo, Carlos Eduardo Acosta, Omar de Jesús Restrepo, Ángela Patricia Sánchez, Andrés Calle, Harry González, Nubia López, Alejandro Vega, Rodrigo Rojas, Hernán Estupiñan, Víctor Ortiz, Carlos Julio Bonilla, Crisanto Pisso, Alejandro Chacón, Jhon Jairo Roldan, Elizabeth Jay-Pang y Silvio Carrasquilla, el cual fue radicado el 23 de julio del año 2020 y le fue asignado el No. 258 de 2020.



Dicho proyecto fue remitido por competencia, a la comisión séptima constitucional, quien de conformidad con lo establecido en la ley 5 de 1992 designó como ponentes a los Honorables Representantes Jorge Enrique Benedetti Martelo, Jairo Reinaldo Cala Suarez y José Luis Correa López (coordinador ponente).

Es importante resaltar que el presente proyecto de ley se había radicado en la legislatura 2019-2020 con el número 343 de 2020 Cámara, el cual tuvo ponencia positiva para primer debate pero no alcanzo a discutirse razón por la cual se archivó de conformidad con lo establecido en el artículo 190 de la ley 5 de 1992.

## 2. OBJETO DEL PROYECTO

La presente ley pretende actualizar el marco normativo de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia, que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y se determine la alta carga como factor para priorización de los cánceres, respondiendo a los cambios que está experimentando al país y aumentar la capacidad de respuesta.

Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados, mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.

## 3. MARCO JURIDICO

### NORMAS INTERNACIONALES

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** suscrita por el Estado Colombiano, preceptúa en el numeral 1 del artículo 25 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).

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).



En el 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).

La **Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud:** Prevención y control del cáncer: Insta a los Estados Miembros a que, en la planificación de sus actividades de control, presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a algunos agentes infecciosos. • Organización de las Naciones Unidas (ONU): Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 1993.

La **Resolución CD47.R9 de 2006 de la OPS:** Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.

## FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES

El Artículo 49 de la Constitución Nacional 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 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.”*

### **Protección constitucional reforzada de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer**

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 ruinosa como el cáncer, tiene 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.”*
- 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.

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.”

## FUNDAMENTOS LEGALES

En el ordenamiento jurídico colombiano contamos con un conjunto normativo que tiene por objeto consagrar normas que garantizan el derecho a la salud, entre otras, encontramos las siguientes: 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”*.

La ley 1384 de 2010, *“Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”*, conocida como “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.

La ley 1388 de 2010 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”. Define como objeto la disminución significativa de la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años. En el Capítulo III: Información, Registro e Investigación. Para el desarrollo de la garantía establecida en el artículo 3° de ésta ley, ordena crear el Registro Nacional de Cáncer Infantil, con el propósito de captar la mayor cantidad posible de datos desde el registro del diagnóstico, seguimiento al acceso al sistema de salud hasta la evolución del tratamiento del paciente.

La Ley 1733 de 2014 “*Ley Consuelo Devís 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*”, 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.

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.

La ley 2026 de 2020 establece medidas para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud de los menores de 18 años con diagnóstico o presunción de cáncer, declarar su atención integral como prioritaria, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud oncopediátrica y fortalecer el apoyo social que recibe esta población.

De otra parte, mediante el Decreto 5017 de 2009 por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional de Cancerología -INC - Empresa Social del Estado. Art 2 Numeral 6, Obligaciones del INC frente al sistema nacional de información del cáncer. Establece la asesoría y asistencia del INC al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a las IPS en el área oncológica que lo



requieran y a las demás que se le determinen en el orden nacional y territorial, para implantar y consolidar el Sistema Nacional de Información de Cáncer.

En el marco de las normas reglamentarias encontramos, entre otras, 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.

Entre otras resoluciones sobre el cáncer en Colombia tenemos las siguientes:

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.

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.

La resolución 0247 de 2014 “Por la cual se establece el reporte de pacientes con cáncer. Establece la obligación de reportar los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.”

La resolución 3202 de 2016 “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de La Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.”



La resolución 4504 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI).”

La resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.”

La resolución 1477 de 2016, por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.

La resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

La resolución 3280 de 2018, por medio de 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.

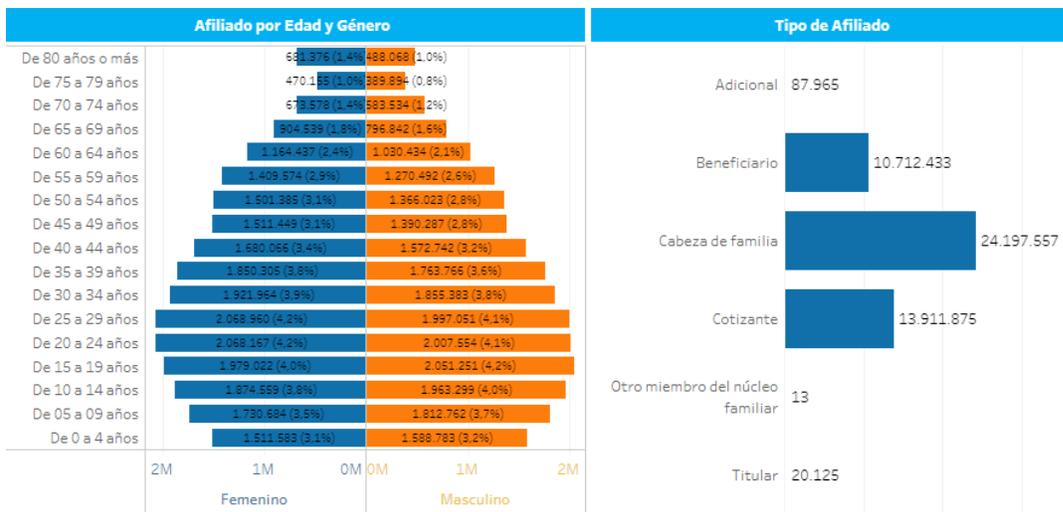
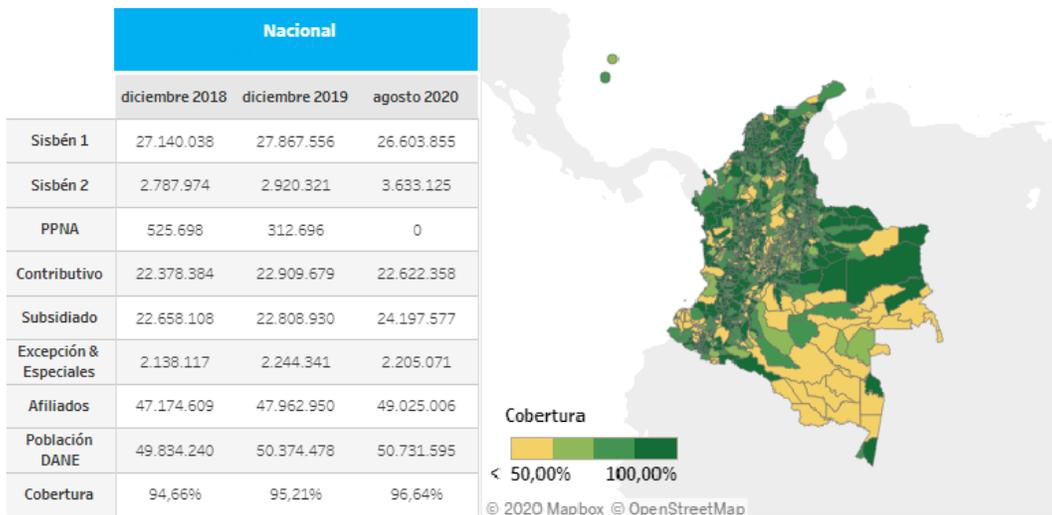
La resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.

La resolución 3339 de 2019 “Por la cual se establece e Implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - ECO, para los cánceres priorizados”.

#### **4. ALCANCE Y CONTENIDO DEL PROYECTO**

##### **ASEGURAMIENTO EN SALUD**

En las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social con fecha de corte de agosto de se encuentran afiliados al sistema de salud un total de 49.025.006 personas, es decir, el 97,3% del total de la población colombiana, de las cuales el 44,9% (22.622.358) pertenecen al régimen contributivo, el 48% (24.197.577) al régimen subsidiado, 4,4% (2.205.071) al régimen de excepción y especiales y el 2,7% (1.346.589) no cuenta con ningún tipo de afiliación.



## INCIDENCIA DE CÁNCER EN COLOMBIA<sup>2</sup>

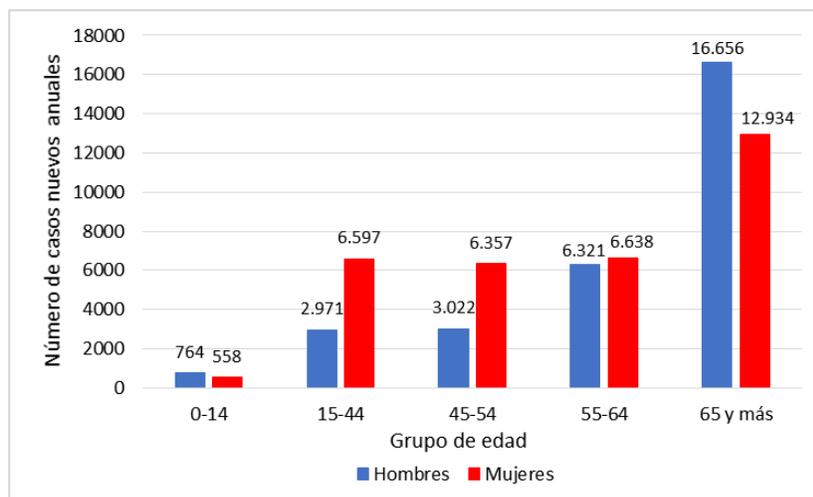
De acuerdo con el libro Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011, del Instituto Nacional de Cancerología, se estima que para este periodo de tiempo en Colombia se diagnosticaron 62.818 casos nuevos de cáncer por año, siendo 29.734 en hombres y 33.084 en mujeres. Los cánceres 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 colorectal. En cuanto a cáncer pediátrico

<sup>1</sup> MSPS. (2020). Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

<sup>2</sup> Respuesta INC petición Carga de enfermedad de alto costo. radicado SAL-09647-2020

(edades entre 0 y 14 años) en Colombia 2007-2011, se diagnosticaron 1.322 casos nuevos de cáncer por año, siendo 764 casos en niños y 558 casos en niñas; para este grupo de edad los cánceres más frecuentes fueron leucemia, linfoma no Hodgkin y tumores del sistema nervioso central. En el gráfico 1 se presentan los casos nuevos de cáncer estimados por grupo de edad anual para Colombia en el periodo 2007- 2011.

**Gráfico 1. Incidencia anual estimada por grupos de edad según sexo, Colombia 2007-2011**



Fuente: Pardo C, Cendales R. *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011*

A nivel mundial la información correspondiente a incidencia (casos nuevos) de cáncer se generan desde los datos suministrados por los Registros Poblacionales de Cáncer, instituciones que realizan validación de la información mediante procesos estandarizados y minuciosos de control de calidad del dato. La *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, es la agencia especializada en investigación sobre cáncer adscrita a la Organización Mundial de la Salud, a la fecha ha dado el aval para publicación de la información desde los registros poblacionales de cáncer, la IARC en Colombia ha validado con criterios de calidad a 4 registros poblacionales de cáncer: Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto, a partir de los cuales se realizan los cálculos para las estimaciones de los datos de incidencia en el país. Esta información se encuentra disponible en la página del Observatorio Global de Cáncer, en *CI5plus Cancer Incidence in Five Continents Time Trends* (<http://ci5.iarc.fr/>) con datos mundiales al año 2012.

Según la página del Observatorio Global de Cáncer 2012, en la tabla 1 se presentan las tasas de incidencia ajustadas por 100.000 habitantes de todos los cánceres (excepto cáncer de piel) en Colombia, por sexo y quinquenio

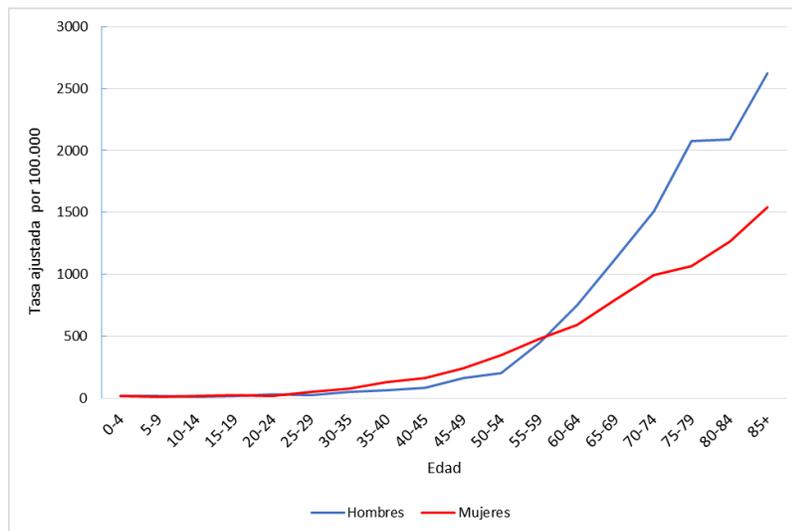
de edad. Las tasas de incidencia (casos nuevos) de cáncer aumentan conforme incrementa la edad, en las mujeres los casos empiezan un mayor incremento a partir de los 35 años, para los hombres es visible desde los 54 años, en el gráfico 2 se presenta el comportamiento descrito.

**Tabla 1. Tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edad y sexo en Colombia, 2012**

Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
0-4	18,8	17,4	45-49	159,5	239,9
5-9	14,4	10,2	50-54	199,1	349,6
10-14	12,4	13,8	55-59	447,9	477,2
15-19	17,5	20,1	60-64	749,6	592,6
20-24	30,5	19,0	65-69	1124,5	794,8
25-29	26,0	46,9	70-74	1507,9	993,9
30-35	50,5	79,1	75-79	2072,8	1063,8
35-40	64,3	130,9	80-84	2090,9	1264,1
40-45	81,0	159,5	85+	2621,7	1544,6

Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Cancer Incidence in Five Continents Vol XI.*

**Gráfico 2. Tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edad y sexo en Colombia, 2012**



Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Cancer Incidence in Five Continents Vol XI*

La *International Agency for Research on Cancer* (IARC), con base en la información suministrada por los registros poblacionales de cáncer, a través de modelos estadísticos ha estimado 101.893 nuevos casos de cáncer para todas las localizaciones en Colombia para el año 2018, de los cuales 47.876 son hombres y 54.017 mujeres. A continuación, se presentan los casos nuevos de cáncer estimados para las diez localizaciones más frecuentes en todas las edades, para hombres (tabla 2) y para mujeres (tabla 3).

**Tabla 2. Número de casos nuevos de cáncer estimados en hombres de todas las edades, según localización, Colombia 2018**

Hombres			
Localización	No. Casos nuevos	%	TAE*
Próstata	12.712	26,6	49,8
Estómago	4.578	9,6	17,6
Colon y recto	4.396	9,2	16,9
Pulmón	3.263	6,8	12,7
Linfoma no Hodgkin	2.162	4,5	8,4
Leucemia	1.712	3,6	7,1
Testículo	1.284	2,7	4,7
Hígado	1.195	2,5	4,6
Vejiga	1.181	2,5	4,6
Riñón	1.066	2,2	4,2
<b>Total cánceres</b>	<b>47.876</b>	<b>100</b>	<b>185,7</b>

\*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Today*

**Tabla 3. Número de casos nuevos de cáncer estimados en mujeres de todas las edades, según localización, Colombia 2018**

Mujeres			
Localización	No. Casos nuevos	%	TAE*
Mama	13.380	24,8	44,1
Colon y recto	4.744	8,8	15,0
Tiroides	4.282	7,9	14,5
Cuello uterino	3.853	7,1	12,7
Estómago	2.841	5,3	8,9
Pulmón	2.593	4,8	8,1
Ovario	2.414	4,5	8,0
Linfoma no Hodgkin	2.008	3,7	6,5

<b>Cuerpo uterino</b>	1.583	2,9	5,2
<b>Leucemia</b>	1.414	2,6	5,4
<b>Total cánceres</b>	54.017	100	175,9

\*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Today*

## Casos nuevos de cáncer proyectados en Colombia 2020 -2040

De acuerdo con las estimaciones de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC), en Colombia para el año 2018 se estimaron 101.893 nuevos casos de cáncer para todas las localizaciones, para el año 2030 se espera tener 148.600 casos nuevos de cáncer y para 2040 la cifra esperada es de más de 189.900 casos nuevos. En la tabla 4 se presentan los números de casos nuevos de todos los cánceres proyectados para Colombia cada 5 años de 2020 a 2040, según sexo.

**Tabla 4. Número de casos nuevos de cáncer proyectados en Colombia según sexo, 2020-2040**

Sexo	2020	2025	2030	2035	2040
<b>Hombres</b>	51.521	61.502	72.348	83.435	94.143
<b>Mujeres</b>	57.433	66.520	76.252	86.225	95.845
<b>Total</b>	108.954	128.022	148.600	169.660	189.988

Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*

En la tabla 5 se presenta incremento del cambio demográfico dado en porcentaje por sexo, que se ha estimado a partir de los casos nuevos de cáncer para todas las localizaciones en 2018.

**Tabla 5. Cambio demográfico porcentual por sexo con relación a los casos nuevos de cáncer estimados a 2018, 2020-2040**

Sexo	2020	2025	2030	2035	2040
<b>Hombres</b>	+7,6%	+28,5%	+51,1%	+74,3%	+96,6%
<b>Mujeres</b>	+6,3%	+23,1%	+41,2%	+59,6%	+77,4%
<b>Total</b>	+6,9%	+25,6%	+45,8%	+66,5%	+86,5%

Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*

De acuerdo con los diez tipos de cáncer más frecuentes en el país según las estimaciones de IARC para 2018, en la tabla 6 se muestra la proyección en el número de casos nuevos anuales esperados por localización para el periodo 2020-2040, para todas las localizaciones se espera un incremento en el número de casos nuevos de cáncer, especialmente en cáncer de próstata (la mayor incidencia esperada desde 2025) y en cáncer de mama.

**Tabla 6. Número de casos nuevos proyectados para las diez primeras localizaciones de cáncer en Colombia, 2020-2040**

No.	Localización del cáncer	2018	2020	2025	2030	2035	2040
1	Mama	13.380	14.124	15.970	17.778	19.468	20.957
2	Próstata	12.712	13.876	17.043	20.457	23.899	27.199
3	Colon y recto	8.583	9.237	11.029	12.986	15.026	17.019
4	Estómago	7.419	7.983	9.544	11.283	13.100	14.863
5	Pulmón	5.856	6.358	7.758	9.306	10.917	12.498
6	Tiroides	5.114	5.332	5.848	6.301	6.691	6.994
7	Cáncer de piel no melanoma	4.685	5.072	6.242	7.662	9.298	11.050
8	Linfoma No Hodgkin	4.170	4.437	5.160	5.924	6.710	7.470
9	Cuello uterino	3.853	4.046	4.523	4.990	5.426	5.815
10	Ovario	2.414	2.551	2.886	3.219	3.532	3.816

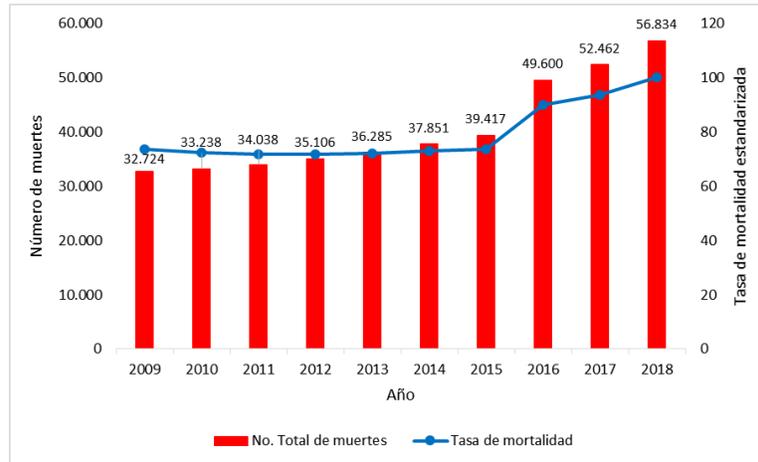
Fuente: *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*

## MORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA

El Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC ([www.infocancer.co](http://www.infocancer.co)), consolida la información de mortalidad por cáncer en Colombia a partir de las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

En el gráfico 3 se presentan las muertes y las tasas de mortalidad ajustada para el periodo 2009 – 2018 en Colombia, en donde se observa la tendencia en el incremento de las muertes por cáncer en el país, en 2018 se registró 56.834 muertes por cáncer lo que representa una tasa ajustada de 100,1 por 100.000 habitantes.

**Gráfico 3. Números de muertes y tasas de mortalidad por cáncer en Colombia, 2009 - 2018**



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE.

En la tabla 7 se presentan las diez localizaciones más frecuentes de muerte por cáncer para el año 2018, estas representan el 69,5% (39.488) de todas las muertes por cáncer para dicho año. De las muertes por cáncer, la localización más frecuente es próstata, seguido de mama, estómago, pulmón y colon y recto. Las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer aumentan conforme incrementa la edad, en el caso de las mujeres muestran tasas más altas que los hombres entre los 25 y 59 años, en el caso de los hombres las tasas de mortalidad incrementan con respecto a las mujeres desde los 60 años, en el gráfico 4 se presenta el comportamiento descrito.

**Tabla 7. Tasa de mortalidad ajustada y número de muertes por cáncer en las 10 localizaciones más frecuentes en Colombia 2018**

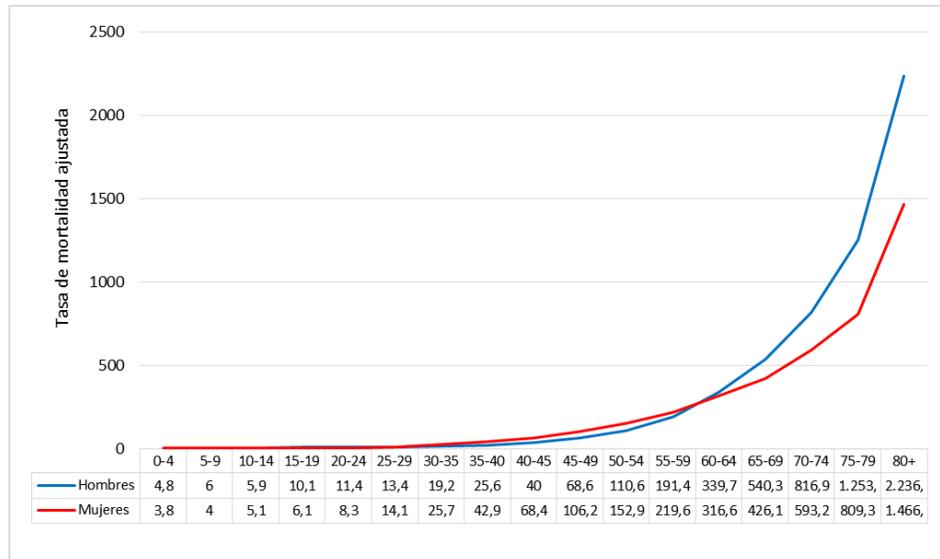
	Localización	TAE*	No. Muertes
1	Próstata	15,2	4.127
2	Mama	15,0	4.459
3	Estómago	12,3	6.980
4	Tráquea, bronquios y pulmón	11,0	6.293
5	Colon y recto	9,2	5.256
6	Cuello uterino	8,9	2.618
7	Otros y no especificados	5,6	3.189
8	Ovario	5,0	1.476
9	Páncreas	4,6	2.584

10 Hígado 4,4 2.506

\*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes

Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE 2018.

**Gráfico 4. Tasas de mortalidad ajustada de cáncer por edad en Colombia, 2018**



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE.

## TUTELAS INTERPUESTAS POR PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

De acuerdo en el informe de 2019 de la Tutela y el Derecho a la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, “según los resultados de una muestra ponderada de tutelas en salud, para el año 2019 los pacientes con cáncer hicieron 68.429 solicitudes en 26.939 tutelas (12,99 % de las tutelas en salud), lo que significó un aumento del 8,66 % frente al año 2018. De acuerdo con el tipo de solicitud, el 72,15 % de los pacientes diagnosticados con cáncer acudieron a la tutela para reclamar servicios, especialmente, por tratamiento integral y citas médicas especializadas. En un segundo lugar, se encontraron las demandas por medicamentos, las cuales constituyeron el 12,56 %. Lo anterior representó un incremento del 37,7 % respecto al año 2018. En tercer lugar se ubicaron las solicitudes de elementos que no son asistenciales. Estas alcanzaron el 9 % y, básicamente, fueron por transporte, viáticos y alojamiento en aquellos casos en que fue necesario el desplazamiento de una región a otra.”<sup>28</sup>

Tabla 67. Contenidos en las tutelas con diagnóstico de cáncer (Periodo 2018-2019)

Contenidos	2018		2019		Variación %
	N.º solicitudes	Part. en solicitudes %	N.º solicitudes	Part. en solicitudes %	
Servicios	48.180	76,51	49.374	72,15	2,48
Medicamentos	6.242	9,91	8.595	12,56	37,7
Elementos que no son asistenciales, pero se tutelan	5.039	8	6.159	9	22,23
Productos cosméticos y de aseo	850	1,35	1.740	2,54	104,71
Dispositivos médico-quirúrgicos e insumos	1.028	1,63	1.421	2,08	38,23
Suplementos dietarios	827	1,31	668	0,98	-19,23
Aseguramiento en salud	808	1,28	472	0,69	-41,58
Otros	0	0	0	0	
<b>Total solicitudes</b>	<b>62.974</b>	<b>100</b>	<b>68.429</b>	<b>100</b>	<b>8,66</b>
<b>Total tutelas en cáncer</b>	<b>24.415</b>		<b>26.939</b>		<b>10,34</b>

Fuente: Corte Constitucional.

Cálculos: Defensoría del Pueblo.

28

“En relación con el régimen, la proporción de tutelas fue similar tanto en el subsidiado como en el contributivo. Se observó una diferencia en el grupo de pacientes menores de 18 años, pues el 66,7 % eran del subsidiado. En el contributivo, se registraron 12.479 tutelas, 53,1 % de las cuales fueron interpuestas por la población con edades entre los 18 y 59 años. A este grupo, lo siguieron las personas mayores de 60 años con el 41 % y los menores de edad con el 3,4 %. En el régimen subsidiado se registraron 12.788 tutelas, la mayoría de las cuales correspondió a la población con edades entre 18 y 59 años, grupo que interpuso el 51,3 % de ellas. Le siguieron la población mayor de 60 años con el 41 % y, en una menor proporción, la población menor de 18 años con el 6,7 %. En los clasificados como «otros», que corresponde a regímenes especiales, se encontraron 1.672 acciones. La mayor participación en este grupo correspondió a la población entre los 18 y 59 años con el 50,5 %, seguida de la población mayor de 60 años con el 41,8 %.”<sup>28</sup>

Tabla 68. Tutelas en cáncer. Distribución por grupos de edad y régimen (Año 2019)

Edad	Régimen									Total	
	Contributivo			Subsidiado			Otros				
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Menor de 18 años	425	3,4	33,20	856	6,7	66,80	0	0,00	0,00	1.281	4,75
Entre 18 y 59 años	6.631	53,1	47,23	6.563	51,3	46,75	845	50,53	6,02	14.039	52,11
60 años y más	5.123	41,1	46,31	5.240	41,0	47,37	700	41,84	6,32	11.063	41,07
Sin información	300	2,4	53,92	129	1,0	23,14	128	7,63	22,94	556	2,06
<b>Total</b>	<b>12.479</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>12.788</b>	<b>100</b>	<b>47,47</b>	<b>1.672</b>	<b>100</b>	<b>6,21</b>	<b>26.939</b>	<b>100</b>

Fuente: Corte Constitucional.

Cálculos: Defensoría del Pueblo.

28

Según el tipo de cáncer, el de mama fue el más frecuente (19,69 %), seguido por el de próstata (8,22 %), estómago (5,05 %), otros tumores malignos de la piel (4,07 %) y cuello de útero (3,49 %). En las mujeres, el 30,6 % de las tutelas fueron por cáncer de mama, el 5,43 % por cáncer en el cuello uterino y un gran porcentaje por diversos tipos. En los hombres, el mayor porcentaje fue por cáncer de próstata,

seguido por cáncer de estómago y cáncer de bronquios y del pulmón. Es de anotar que el mayor porcentaje de tutelas son interpuestas por hombres mayores de 60 años.<sup>3</sup>

## 5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN	COMENTARIOS
<p><b>Artículo 1. Objeto de la ley.</b> La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando al país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.</p>	<p><b>Artículo 1. Objeto de la ley.</b> La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual <u>sobre <b>atención integral del cáncer,</b></u> de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando al país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.</p>	<p>Se aclara la normativa que se actualiza en concreto.</p>
<p><b>Artículo 2.</b> Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán</p>	<p><b>Artículo 2.</b> Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán a</p>	<p>De conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política, la seguridad social es un derecho irrenunciable que se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional.</p>

<sup>3</sup> Defensoría del Pueblo, (2020). Tomado de: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

<p>a toda la población afiliada al Sistema de Salud, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.</p>	<p>toda la población <b>residente en el territorio nacional</b> <del>afiliada al Sistema de Salud</del>, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.</p>	<p>Así mismo la ley 100 de 1993 en su artículo 3 garantiza el derecho a la seguridad social a todos los habitantes del territorio nacional y en el artículo 2 contempla el principio de universalidad, para todas las personas sin ninguna discriminación.</p> <p>Por lo anterior se propone la modificación de ampliar los beneficiarios del sistema.</p>
<p><b>Artículo 3.</b> Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS.</p> <p>Derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.</p>	<p><b>Artículo 3.</b> Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS.</p> <p><b><u>El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adiciones, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías</u></b> al derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.</p>	<p>Se mejora la redacción, respetando la parte introductoria que hoy día se contempla en la ley 1384 de 2010.</p>
<p><b>Artículo 4.</b> Modifíquese los literales a) y c) del artículo 4</p>	<p><b>Artículo 4.</b> Modifíquese los literales a) y c) del <b>Adiciónese</b></p>	

<p>de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p><b>a) Carga de la enfermedad:</b> Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p><b>b) Incidencia:</b> Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p><b>c) Prevalencia:</b> Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.</p> <p><b>d) Mortalidad:</b> Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p><b>e) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS:</b> Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen</p>	<p><b>los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</b></p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p><b>e) Carga de la enfermedad:</b> Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p><b>f) Incidencia:</b> Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p><b>g) Prevalencia:</b> Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.</p> <p><b>h) Mortalidad:</b> Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p><b>i) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS:</b> Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen a los años perdidos por discapacidad (APD) más los</p>	<p>Se modifica el encabezado del artículo ajustándolo a la realidad de lo que se pretende realizar al adicionar los literales e) al q), respetando los existentes en la ley 1384 de 2010.</p> <p>Se modifica el literal l) en el sentido de no dejar en la ley los tipos de cáncer priorizados por la política de salud actual, si no que se permita modificar esta priorización de acuerdo a los estudios epidemiológicos y que sobre cáncer vayan avanzando.</p> <p>Se eliminan los literales de la m) a la q), teniendo en cuenta que no se tratan de definiciones si no de lo que traduce la sigla.</p>
--	---	---

a los años perdidos por discapacidad (APD) más los años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.

**f) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura– AVPMP:** Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

**g) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD:** Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).

**h) Cánceres priorizados:** Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son priorizados en la política de salud, más concretamente en la Resolución 3339 de 2019 del Ministerio de Salud, e incluyen los siguientes:

1. Cáncer de mama

años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.

**j) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura– AVPMP:** Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

**k) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD:** Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).

**l) Cánceres priorizados:** Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son priorizados en la política de salud expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, más concretamente en la Resolución 3339 de 2019 del Ministerio de Salud, e incluyen los siguientes:

12. Cáncer de mama  
13. Cáncer de cuello uterino  
14. Cáncer de colon y recto

<p>2. Cáncer de cuello uterino</p> <p>3. Cáncer de colon y recto</p> <p>4. Cáncer de estómago</p> <p>5. Cáncer de próstata</p> <p>6. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón</p> <p>7. Leucemia linfoide aguda en niños</p> <p>8. Leucemia linfoide aguda en adultos</p> <p>9. Leucemia mieloide aguda en niños</p> <p>10. Leucemia mieloide aguda en adultos</p> <p>11. Linfoma no Hodgkin en adultos</p> <p><b>i) EPS:</b> Entidades Promotoras de Salud</p> <p><b>j) EAPB:</b> Entidades Administradoras de Planes de Beneficios</p> <p><b>k) EOC:</b> Entidades Obligadas a Compensar</p> <p><b>l) IPS:</b> Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</p> <p><b>m) PNCC:</b> Plan Nacional Para el Control del Cáncer</p>	<p><del>15. Cáncer de estómago</del></p> <p><del>16. Cáncer de próstata</del></p> <p><del>17. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón</del></p> <p><del>18. Leucemia linfoide aguda en niños</del></p> <p><del>19. Leucemia linfoide aguda en adultos</del></p> <p><del>20. Leucemia mieloide aguda en niños</del></p> <p><del>21. Leucemia mieloide aguda en adultos</del></p> <p><del>22. Linfoma no Hodgkin en adultos</del></p> <p><del><b>m) EPS:</b> Entidades Promotoras de Salud</del></p> <p><del><b>n) EAPB:</b> Entidades Administradoras de Planes de Beneficios</del></p> <p><del><b>o) EOC:</b> Entidades Obligadas a Compensar</del></p> <p><del><b>p) IPS:</b> Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</del></p> <p><del><b>q) PNCC:</b> Plan Nacional Para el Control del Cáncer</del></p>	
<p><b>Artículo 5.</b> Adiciónese el parágrafo 4 al artículo 5 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>“Parágrafo 4: Se desarrollarán acciones en política pública concretas encaminadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el manejo integral en el ciclo de la enfermedad para los cánceres priorizados que garanticen la reducción de la carga de la</p>	<p><b>Sin modificación</b></p>	

<p>enfermedad en el territorio y deberán verse reflejados en el PNCC.”</p>		
<p><b>Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad.</b> Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.</p>	<p><b>Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad.</b> Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.</p>	<p>Se realizan ajustes en los signos de puntuación utilizados con el fin de mejorar la redacción del artículo.</p>
<p><b>Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos:</b> Las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p><b>Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos:</b> Las <b>entidades responsables de pago EPS, EAPB/EOC</b> e IPS deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>Se realiza la inclusión de las entidades responsables de pago, en aras de brindar la obligación a quien efectivamente maneja los recursos del sistema de salud.</p>
<p><b>Artículo 8.</b> Adiciónese el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p><b>Parágrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos:</b> Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto</p>	<p><b>Artículo 8.</b> Adiciónese <u>un</u> el párrafo 2 <u>al</u> del artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p><b>Parágrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos:</b> Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto Costo la medición de los</p>	<p>Se realiza una eliminación en aras de mejorar la redacción y correcta interpretación del artículo.</p>

<p>Costo la medición de los indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.</p>	<p>indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.</p>	
<p><b>Artículo 9. Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados.</b> El gobierno nacional contará con un Programa de Profesionales de Salud en Cáncer (EDUCANCER) que deberá incluir dentro de sus estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar la oferta de programas y cursos certificados de oncología o hematooncología e incentivar la participación de los médicos titulados en el país.</li> <li>2. Establecer un sistema de selección unificado y meritario para las diferentes plazas de especializaciones en el país, como una manera de incentivar y democratizar el acceso a los programas de oncología.</li> <li>3. Capacitar y actualizar en la detección temprana y tamización del cáncer, garantizando altos niveles de ética durante la práctica.</li> <li>4. Fortalecer el rol de las sociedades científicas para el desarrollo de cursos y certificaciones para los especialistas en oncología y hematooncología, el desarrollo de consensos</li> </ol>	<p><b>ELIMINAR ARTICULO</b></p> <p><del><b>Artículo 9. Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados.</b> El gobierno nacional contará con un Programa de Profesionales de Salud en Cáncer (EDUCANCER) que deberá incluir dentro de sus estrategias:</del></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. <del>Aumentar la oferta de programas y cursos certificados de oncología o hematooncología e incentivar la participación de los médicos titulados en el país.</del></li> <li>6. <del>Establecer un sistema de selección unificado y meritario para las diferentes plazas de especializaciones en el país, como una manera de incentivar y democratizar el acceso a los programas de oncología.</del></li> <li>7. <del>Capacitar y actualizar en la detección temprana y tamización del cáncer, garantizando altos niveles de ética durante la práctica.</del></li> <li>8. <del>Fortalecer el rol de las sociedades científicas para el desarrollo de cursos y certificaciones para los especialistas en oncología y hematooncología, el desarrollo de consensos actualizados</del></li> </ol>	<p>Se propone eliminar el artículo al considerar que viola la libertad de escogencia de profesión u oficio contemplado en el artículo 26 de la Constitución Política, así como la autonomía universitaria.</p> <p>Este articulo le otorga a las sociedades científicas la posibilidad de realizar cursos y certificaciones, modificando las funciones que tienen establecidas en la ley 1164 de 2007.</p> <p>Por último, este articulo le otorga cargas académicas al Gobierno Nacional en la creación de programas oncológicos, funciones que no son propias del Ministerio de Salud y de las EPS.</p>

<p>actualizados sobre técnicas de diagnóstico oportuno y tratamientos, y la interacción de los colegas como una manera de asegurar un espacio de continuo aprendizaje.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud deberá trabajar coordinadamente con las EPS, EAPB/EOC e IPS, quienes serán las responsables de garantizar que los profesionales de la salud en el país participen en el programa EDUCANCER.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.</p>	<p><del>sobre técnicas de diagnóstico oportuno y tratamientos, y la interacción de los colegas como una manera de asegurar un espacio de continuo aprendizaje.</del></p> <p><del><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud deberá trabajar coordinadamente con las EPS, EAPB/EOC e IPS, quienes serán las responsables de garantizar que los profesionales de la salud en el país participen en el programa EDUCANCER.</del></p> <p><del><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.</del></p>	
<p><b>Artículo 10.</b> Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la norma de habilitación vigente del servicio de administración de medicamentos oncológicos en aras de garantizar el acceso a todos los ciudadanos y deberá propiciar la habilitación de estos servicios hospitalarios en la red de hospitales de segundo nivel del país.</p>	<p><b>ELIMINAR ARTICULO</b></p> <p><del><b>Artículo 10.</b> Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</del></p> <p><del><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la norma de habilitación vigente del servicio de administración de medicamentos oncológicos en aras de garantizar el acceso a todos los ciudadanos y deberá propiciar la habilitación de estos servicios hospitalarios en la red de hospitales de segundo nivel del país.</del></p>	<p>El Gobierno Nacional ya tiene la función de expedir la norma de habilitación, es así que la última actualización que realizó de la misma se encuentra contemplada en la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>De otra parte y atendiendo los principios del sistema, se debe garantizar el acceso a todos los servicios en salud que requiera una persona en el territorio.</p>

		<p>La función que se le otorga al Ministerio de Salud relacionada con propiciar la habilitación de los servicios en la red de hospitales, desborda las competencias de la entidad como ente rector y así mismo viola el derecho de los prestadores de salud a la asociación y la libertad de empresa.</p>
<p><b>Artículo 11.</b> Adiciónese el párrafo 2 al artículo 18 de la Ley 384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.</p>	<p><b>Artículo 11.</b> Adiciónese el párrafo 2 al artículo 18 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.</p>	<p>Se realizan ajustes para aclarar que el numero de la ley que se pretende modificar.</p>
<p><b>Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER).</b> Se establecerá el sistema de vigilancia y monitoreo para la gestión del riesgo en cáncer, basado en registros</p>	<p><b>ELIMINAR ARTICULO</b></p> <p><del><b>Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER).</b> Se establecerá el sistema de</del></p>	<p>De conformidad con el artículo 15 de la ley 1384 de 2010 se establecen los Registros Nacionales de Cáncer, a partir de los registros poblacionales y registros institucionales</p>

<p>poblacionales y registros institucionales, el cual estará enfocado en la generación de recomendaciones técnicas que serán adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la toma de decisiones y fijación de la Política de Salud Pública.</p> <p><b>PARAGRAFO 1.</b> La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo.</p> <p><b>PARAGRAFO 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de manera conjunta con el SIVICANCER, los mecanismos para: a) Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica); b) Verificar la calidad de los datos, definir los alcances y fortalecer los mecanismos existentes para la recolección de la información y c) Garantizar que, a partir de las bases de datos e información disponible de las EPS, EAPB/EOC e IPS, se desarrollen estrategias para el seguimiento y gestión del riesgo del paciente con cáncer.</p>	<p><del>vigilancia y monitoreo para la gestión del riesgo en cáncer, basado en registros poblacionales y registros institucionales, el cual estará enfocado en la generación de recomendaciones técnicas que serán adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la toma de decisiones y fijación de la Política de Salud Pública.</del></p> <p><b>PARAGRAFO 1.</b> La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo.</p> <p><b>PARAGRAFO 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de manera conjunta con el SIVICANCER, los mecanismos para: a) Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica); b) Verificar la calidad de los datos, definir los alcances y fortalecer los mecanismos existentes para la recolección de la información y c) Garantizar que, a partir de las bases de datos e información disponible de las EPS, EAPB/EOC e IPS, se desarrollen estrategias para el seguimiento y gestión del riesgo del paciente con cáncer.</p>	<p>los cuales harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.</p> <p>Así mismo el artículo 16 crea el observatorio epidemiológico del cáncer con las funciones asignadas en el presente artículo.</p> <p>Además de lo anterior la resolución 4496 de 2012 organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y crea el Observatorio Nacional de Cáncer cuyas funciones son las mismas contempladas en el presente artículo.</p>
<p><b>Artículo 14. Reporte de información de los pacientes con cáncer.</b> Las</p>	<p><b>Artículo 14-10. Reporte de información de los pacientes con cáncer.</b> Las EPS,</p>	<p>Se organiza la numeración del articulado, para darle</p>

<p>EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>continuidad y orden a la propuesta legislativa.</p>
<p><b>Artículo 15.</b> La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p><b>Sin modificación</b></p>	

## 6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicitamos a los H. Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el Proyecto de Ley **No. 258 DE 2020 CÁMARA** “Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones”, con base en el texto adjunto.

De los Honorables Representantes,

  
**JOSE LUIS CORREA LOPEZ**  
 Coordinador Ponente

  
**JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.**  
 Ponente

  
**JAIRO REINALDO CALA SUAREZ**  
 Ponente



## TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

### PROYECTO DE LEY No. 258 de 2020 CÁMARA

*“Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones”*

**El Congreso de Colombia,  
DECRETA:**

#### **Capítulo I**

#### **Objeto de la ley. Campo de aplicación. Principios. Definiciones**

**Artículo 1. Objeto de la ley.** La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual sobre atención integral del cáncer, de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando al país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.

**Artículo 2.** Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán a toda la población residente en el territorio nacional, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.

**Artículo 3.** Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección



temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.

**Artículo 4.** Adiciónese los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:

**e) Carga de la enfermedad:** Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.

**f) Incidencia:** Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.

**g) Prevalencia:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.

**h) Mortalidad:** Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.

**i) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS:** Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen a los años perdidos por discapacidad (APD) más los años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.

**j) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura– AVPMP:** Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

**k) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD:** Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).

**l) Cánceres priorizados:** Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son



priorizados en la política de salud expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## Capítulo II

### Acciones. Manejo de la enfermedad. Manejo adecuado de recursos.

**Artículo 5.** Adiciónese el párrafo 4 al artículo 5 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

“Párrafo 4: Se desarrollarán acciones en política pública concretas encaminadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el manejo integral en el ciclo de la enfermedad para los cánceres priorizados que garanticen la reducción de la carga de la enfermedad en el territorio y deberán verse reflejados en el PNCC.”

**Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad.** Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.

**Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos:** Las entidades responsables de pago deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.

**Artículo 8.** Adiciónese un párrafo 2 al artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

**Parágrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos:** Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto Costo la medición de los indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.

## Capítulo III

### Disposiciones varias

**Artículo 9.** Adiciónese el párrafo 2 al artículo 18 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

**Parágrafo 2.** El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un

representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.

**Artículo 10. Reporte de información de los pacientes con cáncer.** Las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.

**Artículo 11.** La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,



**JOSE LUIS CORREA LOPEZ**  
Coordinador Ponente



**JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.**  
Ponente



**JAIRO REINALDO CALA SUAREZ**  
Ponente