



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 698

Bogotá, D. C., miércoles, 12 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 26 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE ACTO LEGISLATIVO

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 261 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se modifica el artículo 249 de la Constitución Política de Colombia.

Proyecto de Acto Legislativo ____ de 2020 Cámara

"Por medio del cual se modifica el artículo 249 de la Constitución Política de Colombia"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

El Artículo 249 de la Constitución Política quedara así:

Artículo 1. La Fiscalía General de la Nación estará integrada por el Fiscal General, los fiscales delegados y los demás funcionarios que determine la ley. El Fiscal General de la Nación será elegido para un período de cuatro años por el Presidente de la República, de terna enviada por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia y no podrá ser reelegido. Debe reunir las mismas calidades exigidas para ser Magistrado de la Corte Suprema de Justicia. La Fiscalía General de la Nación forma parte de la rama judicial y tendrá autonomía administrativa y presupuestal.

Artículo 2. Vigencia. El presente Acto Legislativo rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

H.R. Juan Carlos Wills Ospina

H.S. Efraín José Cepeda Sarabia

H.R. Adriana Magali Matiz Vargas

H.R. Buenaventura Leon Leon

H.R. Emeterio Jose Montes de Castro

H.R. Diela Liliana Benavides Solarte

H.R. Alfredo Ape Cuello Baute

H.R. Ciro Antonio Rodriguez Pinzón

H.R. Jose Gustavo Padilla Orozco

H.R. José Elver Hernández Casas

H.R. Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán

H.R. Felipe Andres Muñoz Delgado

Proyecto de Acto Legislativo ____ de 2020 Cámara
 "Por medio del cual se modifica el artículo 249 de la Constitución Política de Colombia"

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN.

El Constituyente Primario de 1991 se esmeró en construir un diseño institucional que se caracterizara por el equilibrio de los poderes, mediante un sistema de pesos y contrapesos en un entorno de mutuos controles. Una de las manifestaciones de ese propósito fue el mecanismo para la elección del Fiscal General de la Nación, con la participación de los poderes ejecutivo y judicial, en el que el Presidente de la República selecciona la terna de la cual debe la Corte Suprema de Justicia debe escoger a quien asumirá la esencialísima función de ejercer la titularidad de la acción penal y dirigir la investigación, aseguramiento y acusación de los autores de hechos que revistan las características de un delito.

Sin embargo, ese modelo no ha estado exento de dificultades y tropiezos. La instauración de la reelección presidencial, descartada por el Constituyente Primario, afectó profundamente el equilibrio de los pesos y contrapesos original; la inestabilidad jurídica en cuanto a la naturaleza personal o institucional de los períodos; y hasta la conocidas divisiones y pugnas al interior de la Corte Suprema de Justicia, que dificultan en extremo el acuerdo sobre el mínimo de votos requeridos, han producido nocivos efectos en la tramitación de esa elección, llegándose a extremos de largos lapsos de interinidad en la dirección de ese organismo, vital para el fin estatal de lograr la convivencia pacífica.

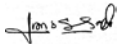
También es frecuente la queja ciudadana acerca de la idoneidad de los aspirantes. La gente cree que ese organismo debería ser dirigido por un especialista en la materia, sin conflictos de intereses y con alto grado de autoridad fundado en la independencia.

Sin pretensiones de panacea que solucione de tajo y a la perfección esas dificultades, creemos oportuno buscar alternativas que destraben el procedimiento. Para ese fin, proponemos dos reformas sustanciales al actual esquema. La primera, invertir la ecuación: Que sea la Corte Suprema de Justicia la encargada de seleccionar la terna, porque un origen judicial de la misma entraña para ese cuerpo colegiado la responsabilidad de imprimirle el perfil a la dirección de la Fiscalía General de la Nación. Y que sea el Presidente de la República quien escoja de esa terna, conservándose así la intervención de las ramas judicial y ejecutiva, sin afectar el sistema de pesos y contrapesos.

Pero también creemos que debe ser la Sala de Casación Penal, dada su condición de tribunal de cierre y máxima autoridad en la especialidad, la encargada de adelantar ese procedimiento. No hay duda que en un cuerpo colegiado de apenas nueve (9) integrantes, la selección de la terna será más ágil y expedita, pues se requeriría de una mayoría ostensiblemente más fácil de alcanzar.

Son esos los fundamentos de la reforma que sometemos al Honorable Congreso de la República.

De los Honorables Congresistas

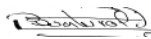


H.R. Juan Carlos Wills Ospina

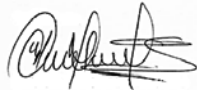
H.S. Efraín José Cepeda Sarabia



H.R. Adriana Magali Matiz Vargas



H.R. Buenaventura Leon Leon



H.R. Emeterio Jose Montes de Castro



H.R. Diela Liliana Benavides Solarte



H.R. Alfredo Ape Cuello Baute



H.R. Ciro Antonio Rodriguez Pinzón



H.R. Jose Gustavo Padilla Orozco



H.R. Jose Elver Hernández Casas



H.R. Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán



H.R. Felipe Andres Muñoz Delgado

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 255 DE 2020 CÁMARA *por medio del cual protegen los recursos públicos de la Nación*

<p style="text-align: center;">Proyecto de ley _____ 2020</p> <p style="text-align: center;"><i>Por medio del cual protegen los recursos públicos de la Nación</i></p> <p style="text-align: center;">El Congreso de Colombia</p> <p style="text-align: center;">Decreto</p> <p>Artículo 1. Objeto. El siguiente proyecto de ley tiene como objeto limitar el tiempo en el cual el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe rendir informe sobre los proyectos de ley que tengan impacto fiscal.</p> <p>Artículo 2. Limitación tiempo para rendir informe de impacto fiscal. Modifíquese el artículo 7 de la ley 819 de 2003 el cual quedará así:</p> <p>"ARTÍCULO 7o. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS. El impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.</p> <p>Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.</p> <p>El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces.</p>	<p>Parágrafo 1. El concepto fiscal deberá ser solicitado por el o los ponentes del proyecto de ley, ordenanza o acuerdo antes de que se radique ponencia para primer debate. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público o quien haga sus veces tendrá hasta 30 días hábiles, contados a partir de la solicitud del ponente, para rendir dicho informe. En caso de que el proyecto de ley, ordenanza o acuerdo impacte el empleo, el Ministerio del Trabajo o quien haga sus veces deberá informar sobre cómo se afecta la situación laboral.</p> <p>Parágrafo 2. La omisión de las condiciones establecidas en este artículo por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y/o por parte del Ministerio del Trabajo no constituye un vicio del trámite del proyecto de ley que se analiza. En caso de que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio del Trabajo y/o los ponentes incumplan lo estipulado en el parágrafo 1 de este artículo se iniciarán las investigaciones disciplinarias correspondientes dando lugar a una sanción disciplinaria según el código disciplinario vigente."</p> <p>Artículo 3. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>DAVID RACERO MAYORCA Representante a la Cámara por Bogotá</p> </div>
<p style="text-align: center;">Exposición de motivos</p> <p>La política fiscal es un elemento transversal para la regulación y estimulación de la economía en el país. En momentos de recesión o crisis económica la política fiscal puede fomentar la demanda, el empleo y por tanto la producción y el crecimiento económico (Mendoza, 2018).</p> <p>La política fiscal también podría ser un incentivo para el desarrollo de ciertas actividades productivas, para esto se pueden crear descuentos tributarios condicionados y/o subsidios a ciertos sectores de la economía. Esto implica que a través de esta política económica se puede mejorar la competitividad y productividad de un país. Pero la política fiscal no solo puede mejorar la economía a través de sus sectores productivos, también tiene la capacidad de combatir la desigualdad y la pobreza. Esto se logra a través de impuestos progresivos y de gasto público social (Piketty, 2014).</p> <p>A pesar de los elementos anteriormente mencionados, la política fiscal podría generar inflación y desbalances en la cuenta corriente¹ (Daniel, Davis, Fouad , & Van Rijckeghem, 2006). Dadas estas limitaciones se creó en Colombia la ley 1819 de 2003 con la cual se buscaba garantizar una política fiscal responsable para el país. En el artículo 7 de esta ley se establece que cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo que implique gasto o genere algún beneficio tributario deberá contar con el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público o quien haga sus veces. Se establece además que el Ministerio podrá rendir este concepto en cualquier momento del trámite del proyecto de ley, ordenanza o acuerdo. Esta medida garantiza dos elementos; primero, que la política fiscal sea dirigida por el Gobierno y segundo, que exista una responsabilidad sobre las finanzas del Estado.</p>	<p>El concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público es muy importante en este tipo de proyectos toda vez que esta entidad tiene toda la capacidad técnica para analizar los impactos fiscales de los proyectos de ley, ordenanza o acuerdo. Según la sentencia C-502-07 de la honorable Corte Constitucional el Ministerio de Hacienda y Crédito Público cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experiencia para analizar el impacto fiscal de estos proyectos, es por esto, que esta entidad es la encargada de dar la información técnica necesaria para garantizar la toma de decisiones racionales en materia legislativa.</p> <p>Lamentablemente este concepto se puede entregar en cualquier momento del trámite de un proyecto, ordenanza, o acuerdo. Esto implica que en muchas ocasiones la negación o aprobación de estos proyectos se hacen sin la suficiente información ni con el sustento técnico adecuado.</p> <p>Varios de los proyectos de ley aprobados en el período legislativo 2018-2020 en la Cámara de Representantes tienen impacto fiscal y no contaban con concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el momento de la discusión del primer debate. La ausencia de este concepto se explica porque la ley permite que el informe técnico se rinda en cualquier momento del trámite legislativo. Por esta razón, y con el objeto de fortalecer la responsabilidad fiscal, se busca modificar el artículo 7 de la ley 2003 garantizando que el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Pública deba rendirse en el primer debate, estableciendo además unos parámetros mínimos para dicho concepto. A su vez, se modifica la ley de acuerdo a la sugerencia de la sentencia C-502/07 en donde se establece que la omisión de responsabilidades por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en esta materia no será considerado un vicio de trámite.</p> <p><small>¹ Esto depende de unas situaciones específicas como la existencia de pleno empleo, moneda exógena entre otros.</small></p> <p><small>² Se destacan dos proyectos: Proyecto de ley 271/20198C por el cual se "Por medio del cual se establece un régimen especial y transitorio para las zonas francas ubicadas en territorios de frontera y se dictan otras disposiciones" y Proyecto de ley 203/2018C "Por el cual se crean incentivos tributarios para las empresas especializadas en el desarrollo de tecnologías de la información, las dedicadas a las industrias creativas y se dictan otras disposiciones"</small></p>

Con estos cambios se busca fortalecer la racionalidad legislativa buscando tomar decisiones informadas en sustentos técnicos pertinentes.

Aspectos legales

Para la modificación de esta ley no se necesita aprobación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público ni debe ser de iniciativa gubernamental, esto con base al artículo 154 de la Constitución Política.



DAVID RACERO MAYORCA

Representante a la Cámara por Bogotá

PROYECTO DE LEY NÚMERO 256 DE 2020
CÁMARA

por medio del cual se crean herramientas tributarias para la lucha contra la inequidad de género.

Proyecto de ley Número _____ de 2020

"Por medio del cual se crean herramientas tributarias para la lucha contra la inequidad de género"

El Congreso de Colombia
Decreta

Artículo 1. Objeto. El presente proyecto de ley tiene como objeto implementar una casilla de género en el formulario de declaración de renta de personas naturales para mejorar los diagnósticos existente relacionados con la inequidad de género.

Artículo 2. Agréguese un párrafo nuevo a 555-2 Registro Único Tributario-RUT el cual quedará así:

Parágrafo 5. La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales determinará el formulario de inscripción y actualización del Registro Único Tributario. El formulario de declaración de renta de personas naturales deberá contar con una casilla donde el contribuyente pueda registrar su género. Esta casilla

tendrá la opción Hombre, Mujer u Otro. La Dirección de Impuestos y aduanas Nacionales actualizará, de oficio, los RUT ya expedidos que no contengan la identificación del género de las personas naturales, apoyándose para esta finalidad en la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Artículo 3. Fecha de aplicación. Después de promulgada esta ley, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales o quien haga su papel, actualizará el formulario para la declaración de renta que se menciona en el artículo 2, antes de la fecha inmediatamente más cercana al período de declaración de impuestos para personas naturales establecido en el calendario de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

Artículo 4. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.



DAVID RACERO MAYORCA

Representante a la Cámara por Bogotá

Exposición de motivos

Las mujeres y las niñas constituyen la mitad de la población mundial y por consiguiente la mitad de su potencial. La igualdad de género, además de ser un derecho humano fundamental, es imprescindible para lograr sociedades pacíficas, con pleno potencial humano y desarrollo sostenible (ONU)

Introducción

Un paso fundamental para la formulación de políticas públicas oportunas y eficientes, así como para la realización de cualquier tipo de estudio socio - económico es el correcto diagnóstico sobre la problemática que se busca resolver. En ese sentido, es necesario que el Gobierno y sus instituciones cuenten con un sistema de información estadístico nacional.

Los datos desagregados por género son importantes. En primera instancia, visibilizan, miden y registran la inequidad existente entre mujeres y hombres y otros. En segundo lugar, posibilita establecer las causas y orígenes de las misma y en tercer lugar, permiten llevar a cabo seguimiento a medidas implementadas para hacer frente a este problema.

Una realidad social estudiada recientemente tiene que ver las manifestaciones de la mencionada desigualdad de género, pues las mismas tienen lugar en el campo laboral, la representación política, la investigación científica, el acceso a la propiedad de la tierra y, entre otras, en lo relativo a los temas tributarios. La carencia de datos abiertos que puedan ser usados para profundizar el conocimiento en esta materia e implementar disposiciones tendientes a erradicar la inequidad, ha impedido un avance en la mejora de la situación, esencialmente, de las mujeres (Arenas, 2018).

Así pues, el presente Proyecto de Ley busca implementar una casilla en la declaración de renta para personas naturales donde se indique el género según el cual se identifiquen los contribuyentes. El objeto de esta iniciativa es propiciar que el género sea una categoría relevante en la información que suministran las declaraciones de renta de la población colombiana.

El siguiente texto está dividido en dos partes. En la primera se discute acerca de la inequidad de género desde diferentes perspectivas económicas. En la segunda se analizan aspectos tributarios relacionados con la inequidad de género con datos recopilados por un estudio de la DIAN de 2016.

Marco Jurídico

Colombia ha participado de un número importante de eventos realizados por organismos multilaterales en los cuales ha ratificado su compromiso con la construcción de condiciones sociales que permitan alcanzar la igualdad de género. Dentro de estos espacios pueden señalarse la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) en 1981, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), las cumbres de la ONU relacionadas con este aspecto y que se desarrollan desde 1975 y encuentros internacionales en los que fueron elaborados y socializados los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016).

De este modo, la recolección de información tributaria por género responde a los múltiples acuerdos y pactos que ha suscrito Colombia en procura de impactar positivamente la vida de las mujeres y eliminar las múltiples violencias que se ejercen en su contra.

A continuación, se presenta un compendio normativo sobre equidad de género en Colombia:

Tabla 1: Legislación relacionada con Políticas Públicas enfocadas en la equidad de género

Ley	Título
Ley 51 de 1981	Por medio del cual se aprueba la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW)
CONPES 2626	Política integral para las mujeres colombianas
Resolución 1531 de 1992	Políticas de Salud para las mujeres, mujeres para la salud
Ley 82 de 1993	Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia
CONPES 2726	Política de Equidad y participación para la mujer (EPAM)
Ley 248 de 1995	Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994.
CONPES 2941	Avances y ajustes de la EPAM
Decreto 1262 de 1997	Convenio igualdad de remuneración masculina y femenina de la OIT
Ley 581 de 2000	Por la cual se reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público, de conformidad con los artículos 13, 40 y 43 de la Constitución Nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 823 de 2003	Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres.

Ley 984 de 2005	Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el seis (6) de octubre de mil novecientos noventa y nueve (1999).
CONPES Social	Metas y Estrategias para el logro de los objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.
Ley 1010 de 2006	Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley 82 de 1993 modificada por la ley 1232 de 2008	Por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones
Ley 1413 de 2010	Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales.
Ley 1429 de 2010	Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo.
Decreto 4463 de 2011	Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008
Ley 1496 de 2011	Por medio de la cual se garantiza la igualdad salarial y de retribución laboral entre mujeres y hombres, se establecen mecanismos para erradicar cualquier forma de discriminación y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1930 de 2013	Por el cual se adopta la Política Pública Nacional de Equidad de Género y se crea una Comisión Intersectorial para su implementación
CONPES 161 de 2013	Equidad de género para las mujeres

Fuente: elaboración propia con base en Género y Políticas Públicas en Colombia (Mayorga, 2020)

Inequidad de género

La inequidad de género ha sido un fenómeno presente en la historia humana y recurrente en diferentes naciones a lo largo de la geografía del mundo. Dado lo anterior, las sociedades se han trazado como objetivo su eliminación, pues el no acceso paritario a oportunidades menoscaba el desarrollo de las mujeres.

Uno de los estudios más recientes para Colombia se realizó de la mano con la ONU en el año 2017, dentro del contexto de la evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la implementación de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) y las dinámicas de Colombia con respecto al postconflicto.

Este estudio no sólo revela cifras y análisis importantes sobre la desigualdad, sino que también brinda elementos para comprender lo que serían los costos sociales y económicos que estas brechas generan para el país. A partir de este estudio, y de las cifras con las que cuenta el Estado colombiano, se concluye que las mujeres colombianas mujeres tienen una mayor tendencia a permanecer en la pobreza, a pesar de que ingresen al mercado laboral; esto, dado la falta de empoderamiento económico, la distribución desigual de las tareas del hogar y del cuidado, y la persistencia de las desigualdades basadas en género (Presidencia de la República Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, 2011).

Campo laboral

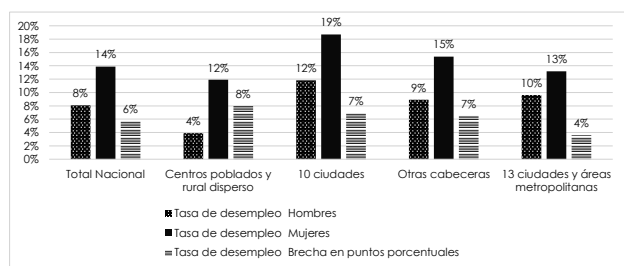
Una de las áreas con más información desagregada por sexo es el campo laboral. En Colombia, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, las mujeres representaban un 51,2% de la población. Sin embargo, al observar las estadísticas, a noviembre de 2019 la Tasa Global de Participación masculina llegó a 75,9%, mientras que la femenina fue de 63,0% (Diagnóstico PDD 2020-2024 Bogotá). Lo anterior permite entender que las mujeres participan menos en el mercado laboral. Esto podría tener una amplia gama de explicaciones, como, por ejemplo, la existencia de una mayor cantidad de mujeres pensionadas o estudiantes. No obstante, la razón por la cual se genera esta brecha reside en la recarga histórica que han tenido las mujeres en las labores del cuidado.

Para el trimestre de noviembre 2019 – enero 2020, la tasa de desempleo para hombres fue de un 8,1%, mientras que para las mujeres fue de 13,9% con el agravante que las mujeres reciben 17% menos de ingresos respecto a sus pares hombres (Iniciativa Paridad de Género Colombia, 2019).

Como se observa en la gráfica 1, en todos los casos las mujeres tienen una tasa de desempleo mayor respecto a los hombres. Además, si se analizan las estadísticas sobre los ingresos salariales de la población colombiana y se desagregan por sexo, es posible identificar una desigualdad importante. Para 2018, la brecha salarial entre hombres y mujeres que realizan el mismo trabajo fue de 12%. Además, resulta preocupante que la brecha se mantenga para todos los niveles de escolaridad (Boletín estadístico empoderamiento económico de las mujeres en Colombia, 2019).

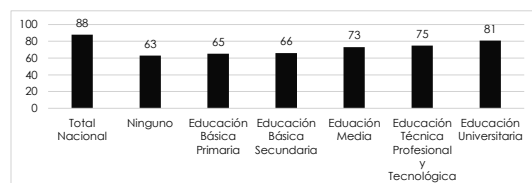
Esto evidencia que la situación económica de las mujeres no es favorable, y se ve fuertemente afectada por disparidades y desigualdades de género importantes y estructurales, por lo que se deben crear políticas públicas que permitan superar dicha situación.

Gráfica 1. Brecha en la tasa de desempleo por dominio geográfico. Trimestre móvil noviembre 2019 – enero 2020



Fuente: Elaboración propia con base en el Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) Trimestre móvil noviembre 2019 – enero 2020, Mercado Laboral según sexo.

Gráfica 2. Brecha salarial (por cada 100 pesos que ganan los hombres, cuántos pesos ganan las mujeres) por nivel de educación



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Iniciativa de paridad de género Colombia. Iniciativa público-privada para reducir las brechas económicas de género en Colombia: diagnóstico

Dado el volumen importante de información desagregada por género que se tiene para el ámbito laboral, se han formulado políticas y leyes que buscan eliminar las desigualdades que se originan en el mundo del trabajo.

¿Por qué la casilla de género en los formularios de declaración de renta?

La casilla se hace necesaria porque permitirá la recolección de nueva información desagregada por género, con base en la declaración de renta. Como se mencionó con anterioridad, estos datos son esenciales para el reconocimiento de las desigualdades entre mujeres y hombres, lo que resulta de utilidad no sólo para el gobierno, sino para entidades internacionales, la academia y la sociedad en general. Adicionalmente, con este insumo se priorizarán áreas que necesitan intervención y la evaluación del impacto de diferentes políticas que se implementen con el objetivo de eliminar estas desigualdades.

La inclusión de la casilla de identificación de género en la declaración de renta contribuiría en el fortalecimiento del sistema tributario y, puntualmente, de la política fiscal que es uno de los mecanismos más eficaces con la que cuentan los gobiernos para acabar con cualquier tipo de desigualdad. Por otra parte, hará viable cuantificar las brechas en materia de ingresos y riqueza de las personas que declaren renta, y proporcionará una opción futura para la desagregación de estos datos por región, por sectores económicos, por deciles, entre muchas otras alternativas.

En un intento de estimar lo que se podría medir con la inclusión de variables de género en las declaraciones tributarias, la DIAN (2016) realizó un estudio que desagregó por género las declaraciones (Diferencias de género en la riqueza, ingresos y rentas de las personas naturales en Colombia); esto fue posible en este momento dada la asignación diferenciada de los números de cédula para hombres y mujeres, y, para los números que no era posible esta diferenciación, se realizó a partir del nombre de pila. Finalmente, el estudio contó con alrededor de 1,5 millones de personas naturales declarantes para el año 2014.

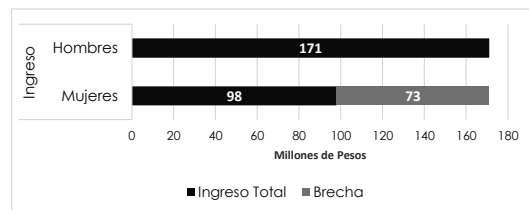
Dentro de los resultados del mencionado estudio puede ponerse de relieve el hecho de que la tasa de participación de las mujeres declarantes de renta es del 46%, a pesar de que representan un 51% de la población. Esto evidencia que los hombres tienen más ingreso y riqueza respecto a las mujeres para el año de estudio. Por otra parte, al analizar la posesión de activos, se estimó que, en promedio, las declarantes mujeres tenían un activo de \$354 millones mientras que, si el declarante

era hombre, los activos promedio eran de \$411 millones. En otras palabras, una mujer promedio declarante de renta en el año 2014 poseía activos equivalentes al 86% de los activos para el hombre declarante de renta.

Al realizar comparaciones a nivel patrimonial, la diferencia entre géneros se reduce, ya que el patrimonio líquido de las mujeres es en promedio el 92% de la misma variable para los hombres (DIAN, 2016). Esta brecha del patrimonio se explica por la menor tasa de endeudamiento de las mujeres.

Ahora bien, con relación a la diferencia de ingreso esta resultó ser la más alta, pues para el año de referencia, en promedio, las mujeres obtuvieron ingresos de 98 millones de pesos, mientras que, para los hombres, el promedio fue de 171 millones de pesos. Lo anterior quiere decir que, en promedio, las mujeres reportaron un 58% de los ingresos reportados por los hombres.

Tabla 4: Brecha del Ingreso anual según declaraciones de renta (2014) En millones de pesos



Fuente: Elaboración propia con base en el estudio de la DIAN "Diferencias de género en la riqueza, ingresos y rentas de las personas naturales en Colombia"

Por otro lado, cuando se analizó el aspecto del nivel de renta líquida del periodo o utilidad fiscal, se encontró que la utilidad fiscal de las mujeres fue de 49 pesos por cada 100 pesos de ingresos. Entre tanto, la de los hombres fue de 38 pesos, lo que implica que los hombres tuvieron más descuentos tributarios que las mujeres para ese año (DIAN, 2016).

Concentración de la riqueza

La información extraída de las declaraciones tributarias no sólo permite evidenciar la concentración de los ingresos, sino que también hace posible entender cómo cambia dicha concentración después de la aplicación del impuesto de renta.

Tabla 5: Concentración del patrimonio líquido. Personas naturales declarantes de renta. Millones de pesos - Año gravable 2014, Índice de Gini: 0,595

Decil	Rangos de patrimonio		Miles de personas		Patrimonio líquido	
	Desde	Hasta	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
1	-	25	63	89	8,6	8,4
2	25	62	64	88	43,7	43,8
3	62	100	65	87	80,8	80,7
4	100	135	69	82	118,6	117,9
5	135	157	74	77	152,6	152,4
6	157	216	75	77	192,0	192,1
7	216	280	75	77	245,7	245,8

8	280	387	73	78	327,8	328,4
9	387	629	70	81	485,3	487,3
10	629	•••	64	88	1.364,8	1.545,5
Totales			691	822		

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DIAN (2016)

De acuerdo con los datos de la tabla 5 se puede apreciar, por ejemplo, que las personas naturales con mayor riqueza reportada ante la administración tributaria se reúnen en el decil 10 de la distribución del patrimonio líquido. En este decil, las declarantes mujeres representan un 42% del total de declarantes de renta y la media de su patrimonio es de \$1.365 millones. Esto equivalen al 88% de la riqueza promedio de los hombres en la misma agrupación.

Toda esta información evidencia que política fiscal no solo debe cerrar brechas en materia de desigualdad económica en general, sino que también debe atacar de forma puntual la inequidad de género. Esta información se podría tener año a año en el país con la implementación de una casilla género, lo que permitiría información confiable para los hacedores de política pública.

Propuesta del proyecto

La brecha de información (con respecto al género) está presente en Colombia y en toda Latinoamérica. Por ello, es preciso aprovechar las herramientas tecnológicas existentes para la recolección de información de forma efectiva y a bajo costo.

Es por esto que se plantea en el presente proyecto de ley que en el documento de declaración de renta de las personas naturales exista una casilla donde las personas indiquen el género según el cual se identifican (femenino, masculino u otro). Esto con el fin de recoger información estadística en materia tributaria que permita disgregar el género de quienes declaran renta.

Costo de la medida

Esta medida empezaría a regir en la vigencia fiscal inmediatamente siguiente a la fecha de aprobación del proyecto de ley. Esto no daría lugar a ningún gasto adicional para el Estado, por lo que no se requiere ningún tipo de aprobación fiscal por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Referencias

AlmÉRas, D. (2011). *Importancia de la perspectiva de género en los sistemas de estadísticas*. Antigua Guatemala: Oficial de Asuntos Sociales, División de Asuntos de Género CEPAL.

Arenas Saavedra, A. I. (2018). *Política tributaria y sesgos de género: aproximaciones al caso colombiano*. Friedrich Ebert Stiftung.

Ávila Mahecha, J. (2016). *Diferencias de género en la riqueza, ingresos y rentas de las personas naturales en Colombia*. Bogotá: Dirección General DIAN.

DANE. (2019). *Boletín Estadístico Empoderamiento Económico de las Mujeres en Colombia*. Bogotá: DANE.

DANE. (2020). *Boletín Técnico Mercado Laboral según Sexo Trimestre móvil noviembre 2019 - enero 2020*. Bogotá: DANE.

DANE. (2018). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Bogotá: DANE.

Mayorga Acosta, J. (2020) *Género y Políticas Públicas en Colombia: Marco Normativo e Institucional*. Universidad Nacional de Colombia

ONU Mujeres, UNFPA, PNUD. (septiembre de 2017). *Brechas de género y desigualdad: de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de UNFPA Colombia: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PDF%20WEB%20BRECHAS%20DE%20GENERO%20Y%20DESIGUALDAD.pdf>

ONU. *Igualdad de género: Una tarea inacabada*. <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/gender-equality/index.html>

Villoro, L. (1997). *El poder y el valor: fundamentos de una ética política*. CDMX: Fondo de Cultura Económica.



DAVID RACERO MAYORCA

Representante a la Cámara por Bogotá

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 257 DE 2020
CÁMARA**

por medio de la cual se fortalece el Sistema Nacional de Apoyo a las Mipymes y la Red Nacional para el Emprendimiento (RNE) para impulsar el Emprendimiento en Colombia, y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY No. _____ de 2020 Cámara

“Por medio de la cual se fortalece el Sistema Nacional De Apoyo a las Mipymes y la Red Nacional para el Emprendimiento –RNE para impulsar el Emprendimiento en Colombia, y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente Ley tiene por objeto fortalecer el Sistema Nacional De Apoyo a las Mipymes y la Red Nacional para el Emprendimiento – RNE, que propicie el emprendimiento y el crecimiento, consolidación y sostenibilidad de las empresas, con el fin de aumentar el bienestar social y generar equidad.

Artículo 2º. Sistema Nacional De Apoyo a las Mipymes. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 590 de 2000, modificado por el artículo 3º de la Ley 905 de 2004, el cual quedará así:

“Artículo 3: Créase el Sistema Nacional De Apoyo a las Mipymes, conformado por el Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, y los Consejos Regionales.

El Sistema Nacional de Apoyo a las Mipymes integrado al Sistema Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI estará compuesto por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Cultura, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Departamento Nacional de Planeación – DNP, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, INNpuls Colombia, Bancoldex, Fondo Nacional de Garantías y Finagro.

El Sistema será una instancia de coordinación y articulación institucional para el diseño de políticas públicas, actividades, planes y programas encaminados a la creación, fomento, formalización y fortalecimiento de las micro, pequeñas y medianas empresas en Colombia.

Este Sistema estará coordinado por el Viceministerio de Desarrollo Empresarial del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

El Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, adscrito al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o quien haga sus veces, es un órgano encargado de asegurar la formulación y adopción de políticas públicas generales, transversales, sectoriales y regionales de fomento y promoción empresarial para las micro, pequeñas y medianas empresas con el propósito de generar empleo y crecimiento económico sostenible. Será la máxima instancia del Sistema y estará conformado por los siguientes integrantes:

1. El Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado, quien ejercerá la Secretaría Técnica;
2. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, o su delegado;
3. El Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado;
4. El Ministro de Educación Nacional o su delegado;
5. El Ministro de Trabajo o su delegado;
6. El Ministro de Cultura o su delegado;
7. El Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado;
8. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado;
9. El Director del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, o su delegado;
10. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado;
11. El Director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social;
12. El Presidente de INNpuls Colombia o su delegado;
13. El Superintendente Financiero
14. Director del Banco de Comercio Exterior de Colombia – Bancoldex
15. Director del Fondo Nacional de Garantías;
16. Director del Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario – Finagro;
17. Un Gobernador, delegado por la Federación Nacional de Departamentos;
18. Un Alcalde, delegado por la Federación Colombiana de Municipios;
19. Presidente Nacional de la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO;
20. Presidente de la Asociación Colombiana de Medianas y Pequeñas Industrias- ACOPI;
21. Presidente de la Sociedad de Agricultores de Colombia- SAC;
22. Presidente de la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia – ASOBANCA;RÍA;
23. Presidente de la Asociación Nacional de Comercio Exterior –ANALDEX;
24. Presidente de la Confederación Colombiana de Cámaras de Comercio - Confecámaras;

25. Un representante de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación y desarrollo tecnológico de las pequeñas y medianas empresas, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo.
26. Un representante de las Cajas de Compensación Familiar, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo;
27. Un representante de las incubadoras y aceleradoras de empresas del país, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo;
28. Un representante de las Instituciones de Educación Superior, designado por sus correspondientes asociaciones: Universidades (Ascun), Instituciones Tecnológicas (Aciet) e Instituciones Técnicas Profesionales (Acicapi) o quien haga sus veces.
29. Un representante de los Consejos Regionales para la Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, designado por los mismos consejos.
30. Un representante de los sindicatos del país, designado por ellos mismos;
31. Un representante de organizaciones campesinas, agricultores o ganaderos del país, designado por ellos mismos.


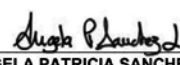
El Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, podrá invitar a sus reuniones a representantes de otros organismos estatales o particulares vinculados directamente con las micro, pequeñas y medianas empresas del país, cuando lo considere pertinente.

La Secretaría Técnica Permanente del Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa estará a cargo de la Dirección de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, o quien haga sus veces.

Parágrafo 1º: Créese el Consejo Regional de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, integrado al Sistema Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI a través de las Comisiones Regionales de Competitividad. Será una instancia de coordinación y articulación institucional para el diseño de políticas públicas, actividades, planes y programas encaminados a la creación, fomento, formalización y fortalecimiento de las micro, pequeñas y medianas empresas a nivel local, el cual estará conformado por:

1. El Gobernador del Departamento, o su delegado;
2. Un representante de la Comisión Autónoma Regional;
3. El Director Regional del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA;
4. Un representante de las oficinas departamentales de juventud;
5. Un representante de las Cajas de Compensación familiar del departamento, designado por el Gobernador;
6. Un representante de la Banca de Desarrollo y microcrédito con presencia en la región, designado por el Gobernador;

<p>7. Un representante de la Asociación Colombiana de Medianas y Pequeñas Industrias- ACOPI, designado por ellos mismos;</p> <p>8. Un representante de la Federación Nacional de Comerciantes – FENALCO, designado por ellos mismos;</p> <p>9. Un representante de la Cámara de Comercio. En el caso de existir dos más cámaras de comercio en una misma región dicho representante será elegido entre ellos;</p> <p>10. Un representante de los alcaldes municipales de cada departamento, el cual será elegido entre ellos;</p> <p>11. Un representante de las Asociaciones de mipymes de la región, designado por el Gobernador;</p> <p>12. Un representante de los campesinos, agricultores o ganaderos del departamento, designados por ellos mismos;</p> <p>13. Un representante de los sindicatos del departamento, designados por ellos mismos;</p> <p>14. Un representante de las Instituciones de Educación Superior de la región designado por el Centro Regional de Educación Superior, CRES.</p> <p>La creación de los Consejos Regionales será potestad de cada Departamento y deberá ser presentada en el marco de las Comisiones Regionales de Competitividad e Innovación por cualquiera de sus miembros, considerando las necesidades y prioridades de cada región, y de conformidad con la agenda departamental de competitividad e innovación.</p> <p>En el caso de que en el marco de las Comisiones Regionales de Competitividad e Innovación se considere la creación de los Consejos Regionales, su conformación e integración a las mismas, deberá seguir los lineamientos que defina el Gobierno Nacional.</p> <p>Los Consejos Regionales de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, podrá invitar a sus reuniones a representantes de otros organismos estatales o particulares vinculados directamente con las micro, pequeñas y medianas empresas de su departamento, cuando lo considere pertinente.</p> <p>La Secretaría Técnica Regional de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa estará a cargo de Consejo regional, exaltado en tal posición a uno de sus miembros, quien desempeñará el cargo como coordinador ejecutivo, sin remuneración o contraprestación económica alguna.</p> <p>Parágrafo 2°: El Gobierno Nacional revisará y actualizará la reglamentación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley, sobre lo concerniente al Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, de los Consejos Regionales así como de sus Secretarías, la periodicidad de sus reuniones, el esquema de interlocución con el Sistema</p>	<p>Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI, y los demás aspectos requeridos para el cumplimiento de su objeto y debido funcionamiento.</p> <p>Artículo 2°. Información sobre estrategias, programas y proyectos de apoyo a las mipymes: Modifíquese el artículo 8° de la Ley 590 de 2000, modificado por el artículo 7° de la Ley 905 de 2004, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 7°. Información sobre estrategias, programas y proyectos de apoyo a las mipymes: Las entidades integrantes de los Consejos de Micro Empresa, Pequeña y Mediana Empresa y las demás entidades públicas y privadas con programas de apoyo al segmento mipyme; informarán semestralmente a la Secretaría Técnica Permanente del Consejo Superior y los Consejos Regionales sobre la índole de las acciones, programas y proyectos que adelantarán para apoyar a las micro, pequeñas y medianas empresas, junto con los recursos que asignarán para la ejecución de los mismos, sus avances y resultados. Dichos informes serán discutidos, socializados y evaluados por los diferentes Consejos.</p> <p>La Secretaría Técnica Permanente de los Consejos promoverá esquemas simplificados de reporte y de mejora para capturar y sistematizar la información.”</p> <p>Artículo 3°. Red Nacional Para El Emprendimiento. Modifíquese el Artículo 5 de La Ley 1014 de 2006, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 5. Red Nacional para el Emprendimiento - RNE. La Red Nacional para el Emprendimiento –RNE, adscrita al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, o a quien haga sus veces, integrada al Sistema Nacional de Competitividad e Innovación –SNCI, será un órgano consultivo y espacio de articulación a nivel nacional, entre el sector público y privado, para socializar y coordinar las actividades y estrategias que se lleven a cabo para la creación, fomento, formalización y fortalecimiento de las micro, pequeñas y medianas empresas en el país. Estará compuesto por los siguientes integrantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado, quien ejercerá la Secretaría Técnica; 2. El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, o su delegado; 3. El Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado; 4. El Ministro de Educación Nacional o su delegado; 5. El Ministro de Trabajo o su delegado; 6. El Ministro de Cultura o su delegado;
<ol style="list-style-type: none"> 7. El Director del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, o su delegado; 8. El presidente de INNpula Colombia o su delegado; 9. Director de Procolombia 10. Un Gobernador, delegado por la Federación Nacional de Departamentos; 11. Un Alcalde, delegado por la Federación Colombiana de Municipios; 12. Un representante del Programa Colombia Joven 13. La Presidencia de la República, a través de La Consejería Presidencial para la Competitividad y la Gestión Pública – Privada o quien haga sus veces. 14. Presidente Nacional de la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO; 15. Presidente de la Asociación Colombiana de Medianas y Pequeñas Industrias- ACOPI; 16. Presidente de la Sociedad de Agricultores de Colombia- SAC; 17. Presidente de la Asociación Nacional de Comercio Exterior –ANALDEX; 18. Presidente de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia –ANDI; 19. Presidente de la Asociación Hotelera y Turística de Colombia –COTELCO; 20. Presidente de la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia – ASOBANCARIA; 21. Presidente de la Confederación Colombiana de Cámaras de Comercio - Confecámaras; 22. Un representante de la banca multilateral, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo; 23. Un representante de las Asociaciones de Jóvenes Empresarios, designado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; 24. Un representante de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación y desarrollo tecnológico de las pequeñas y medianas empresas, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo; 25. Un representante de los Consejos Regionales para la Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, designado por los mismos consejos; 26. Un representante de las Cajas de Compensación Familiar, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo; 27. Un representante de las incubadoras y aceleradoras de empresas del país, designado por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo; 28. Tres (3) representantes de las Instituciones de Educación Superior, designados por sus correspondientes asociaciones: Universidades (Ascun), Instituciones Tecnológicas (Aciet) e Instituciones Técnicas Profesionales (Acicapi) o quien haga sus veces; 29. Tres (3) representantes de los sindicatos del país, designados por ellos mismos; 30. Tres (3) representantes de organizaciones campesinas, agricultores o ganaderos del país, designados por ellos mismos; <p>A las reuniones de la Red Nacional para el Emprendimiento –RNE podrán ser invitadas las entidades, instituciones o personas naturales que se consideren</p>	<p>necesarias para el desarrollo de las actividades a cargo de la RNE, de manera permanente o temporal, para lo cual la Secretaría Técnica enviará las invitaciones respectivas.</p> <p>La Secretaría Técnica de la Red Nacional para el Emprendimiento será ejercida por el Viceministro de Desarrollo Empresarial del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado, y ejecutará sus funciones de manera articulada con la Comisión Nacional de Competitividad.</p> <p>Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional revisará y actualizará la reglamentación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley, sobre las funciones del Red Nacional para el Emprendimiento -RNE, el esquema de interlocución con el Sistema Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI y los demás aspectos requeridos para el cumplimiento de su objeto y debido funcionamiento.”</p> <p>Artículo 3°. Red Regional Para el Emprendimiento. Modifíquese el Artículo 6 de la Ley 1014 de 2006, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 6°. Red Regional Para El Emprendimiento. La Red Regional para el Emprendimiento –RRE, adscritas a las Gobernaciones Departamentales, o quien haga sus veces, integrada al Sistema Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI a través de las Comisiones Regionales de Competitividad, será un órgano consultivo y espacio de articulación a nivel regional, entre el sector público y privado, para socializar y coordinar las actividades y estrategias que se lleven a cabo para la creación, fomento, formalización y fortalecimiento de las micro, pequeñas y medianas empresas en la región. Estará compuesto por los siguientes integrantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gobernación Departamental quien lo presidirá; 2. Dirección Regional del Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA; 3. Un representante de la Cámara de Comercio. En el caso de existir dos más cámaras de comercio en una misma región dicho representante será elegido entre ellos; 4. Un representante de los alcaldes municipales de cada departamento, el cual será elegido entre ellos; 5. Un representante de las oficinas departamentales de juventud; 6. Un representante de las Cajas de Compensación familiar del departamento; 7. Un representante de la Banca de Desarrollo y microcrédito con presencia en la región; 8. Dos (2) representantes de las Asociaciones de mipymes de la región, designados por el Gobernador; 9. Dos (2) representantes de los campesinos, agricultores o ganaderos del departamento, designados por ellos mismos;

<p>10. Dos (2) representantes de los sindicatos del departamento, designados por ellos mismos;</p> <p>11. Dos (2) representantes de las Instituciones de Educación Superior de la región designado por el Centro Regional de Educación Superior, CRES.</p> <p>La creación de las Redes Regionales de Emprendimiento -RRE será potestad de cada departamento y deberá ser presentada en el marco de las Comisiones Regionales de Competitividad - CRC por cualquiera de sus miembros, considerando las necesidades y prioridades de cada región, y de conformidad con la agenda departamental de competitividad e innovación.</p> <p>En el caso de que en el marco de la Comisión Regional de Competitividad-CRC se considere la creación de las redes regionales de emprendimiento, su conformación e integración a las mismas, deberá seguir los lineamientos que defina el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional revisará y actualizará la reglamentación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley, sobre las funciones del Red Regional para el Emprendimiento -RRE, el esquema de interlocución con el Sistema Nacional de Competitividad e Innovación – SNCI y los demás aspectos requeridos para el cumplimiento de su objeto y debido funcionamiento."</p> <p>Artículo 4°. Vigencia y derogación. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga el artículo el artículo 5o de la Ley 590 de 2000 y las demás normas que le sean contrarias.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  EMMA CLAUDIA CASTELLANOS Senadora de la República </div> <div style="text-align: center;">  ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL Representante a la Cámara por Bogotá </div> </div>	<p style="text-align: center;">EXPOSICIÓN DE MOTIVOS</p> <p style="text-align: center;">I. INTRODUCCIÓN</p> <p>Al momento de radicar la presente iniciativa, la economía mundial atraviesa una de las coyunturas económicas más precarias en décadas. La academia ha llamado a esta etapa como "La gran cuarentena"¹, sin duda la peor recesión económica desde la Gran depresión de los años 30.</p> <p>La rápida propagación del virus SARS Covid-19 que se presentó a finales de 2019 en China, y principios de 2020 en Europa y Estados Unidos, obligó al mundo industrializado sumergirse en una de las parálisis más agudas y prolongadas de la historia reciente. La pandemia se ha propagado con una velocidad aterradora, y sin una vacuna a la vista, el levantamiento de la cuarentena ha sido lento e intermitente. La recuperación económica tardará mucho más de lo proyectado, y sus consecuencias aún no son del todo cuantificables.</p> <p>Proyectando un proceso de reactivación rápido e integral, el Congreso de la República debe pensar en el futuro económico, muy apegado a un modelo de libre mercado, y formular iniciativas legislativas que fomenten la recuperación, especialmente en los sectores económicos más golpeados por la cuarentena.</p> <p>Esta pandemia ha obligado a las empresas a desarrollar modelos de producción más sostenibles, migrar su operación al teletrabajo, comercialización de productos en plataformas digitales y educación en línea. Es así como el emprendimiento asumirá el gran protagonista de la nueva economía mundial por su capacidad de adaptarse a esta nueva realidad.</p> <p>Es momento de renovar la integración de las diferentes entidades públicas que trabajan en beneficio del emprendimiento nacional y local. Muchas veces los cambios que experimentan los mercados son difíciles de predecir y la legislación que regula su operación tarda mucho más en ser reformada.</p> <p>Articulación institucional, mayor participación de los gremios y un modelo de dialogo social en la elaboración de políticas públicas. Esos son los objetivos que se persiguen en esta iniciativa, renovando dos órganos clave en la promoción del emprendimiento como lo son el Sistema Nacional De Apoyo a las Mipymes y la Red Nacional para el Emprendimiento – RNE.</p> <p>El legislativo, atendiendo el clamor del empresariado colombiano, debe tomar decisiones cuanto antes para mitigar el profundo daño económico que esta pandemia ha causado, el país no espera menos.</p> <p style="text-align: center;"><small>¹ https://www.mastercardbiz.com/caribbean/es/2020/04/24/la-gran-cuarentena-la-peor-desaceleracion-economica-desde-la-gran-depresion/</small></p>
<p style="text-align: center;">II. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA</p> <p>i. Efectos de la pandemia en la economía colombiana:</p> <p>Colombia no pudo evitar la llegada del virus, y con él la desaceleración de la economía local. El país atraviesa una de sus horas más oscuras, la economía se desacelera con rapidez y los pronósticos no pueden ser más negativos, según Fedesarrollo, el pronóstico de crecimiento para Colombia está ubicado entre -5,0% y -7,9% (Pp 3)².</p> <p>El sector de comercio y transporte se vería gravemente afectado, registrando una contracción de 16,1%, en particular, las actividades asociadas al comercio de bienes y servicios, transporte, turismo y alojamiento y servicios de comida, como restaurantes y bares enfrentarían una reducción importante, en parte por la caída en la demanda por estos servicios, agravada por una disminución en el ingreso disponible de los hogares.</p> <p>Las actividades de explotación de minas y canteras se contraerían un 10,8%, esto se explicaría en parte por la afectación derivada de la caída del precio del petróleo en las actividades asociadas a la extracción de hidrocarburos. El crecimiento esperado para el sector de la construcción es de -10,2%. Por su parte, el sector de actividades artísticas, entretenimiento y servicios domésticos tendría un crecimiento de -20,6%, la industria manufacturera lo haría a una tasa de -3,0%, el sector de electricidad, gas y agua crecería al -1,0% y las actividades financieras y de seguros lo harían al -2,8%</p> <p>Sin embargo, y muy a pesar de la crisis económica, algunos sectores productivos han alcanzado una mayor relevancia:</p> <p>El sector agropecuario crecería alrededor de 2,4%, pues su funcionamiento es fundamental para garantizar el abastecimiento alimentario del país. El sector de información y comunicaciones crecería 3,1%, mientras que las actividades profesionales, científicas, y técnicas presentarían un crecimiento de 0,3% y administración pública, defensa y educación 5,9%. Esto último obedecería a la mayor ejecución de gasto público, en línea con las medidas fiscales anunciadas por el Gobierno nacional para enfrentar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.</p> <p>En cualquier escenario posible, la reactivación económica estará enmarcada por la recuperación del aparato productivo nacional, las dinámicas de crecimiento económico demandan una mayor planeación en la toma de decisiones por parte de las instituciones, y es allí, en la integración institucional donde el presente proyecto de Ley pretende aportar, incorporar nuevas entidades al Sistema y hacer más participativa a la Red, es un primer paso hacia la nueva visión del emprendimiento post-pandemia.</p> <p style="text-align: center;"><small>² TENDENCIA ECONÓMICA. Pobreza y apoyos sociales en tiempos del COVID-19. Fedesarrollo. Editorial Dartagnan S.A.S. Bogotá, Mayo 2020.</small></p>	<p>ii. Emprendimiento como oportunidad de transformación económica y social:</p> <p>El concepto <i>emprendedor</i> ha sido abordado desde ciertas características personales que identifican a una persona innovadora, quien propone y aprovecha los cambios que van desde la necesidad de autorrealización y aprovechamiento de oportunidades de negocios, hasta la situación de necesidad de sobrevivencia.</p> <p>Para ser emprendedor es necesario tener características esenciales, la primera es ser evaluador, la segunda ser empresario y la última soportar la incertidumbre. Algunos autores afirman que la innovación es el elemento principal, debido a que representa una fuente de competitividad y crecimiento económico. Cuanto mayor sea la proporción de emprendedores en una sociedad, mayor será la tasa de innovación y crecimiento.</p> <p>El sector del emprendimiento incluye los procesos de creación y consolidación de empresas, fundamentalmente pymes. Es así como nuevas empresas surgen como autoempleo, tanto en situaciones de aprovechamiento de oportunidades, como en situaciones de sobrevivencia.</p> <p>La relevancia actual de este sector es indiscutible, dado su potencial de creación de empleo y de riqueza, y en consecuencia, su capacidad para impulsar la reactivación económica. Tanto las políticas de apoyo al empleo por cuenta propia y la creación de empresas como las políticas de fomento de la competitividad empresarial constituyen aspectos clave para el emprendimiento.</p> <p>Estos últimos promueven la generación de nuevos empleos, facilitan la movilidad social, fomentan la flexibilidad económica, refuerzan la competencia y promueven la innovación y la eficiencia económica (Liao et al., 2008; Olaison y Meier, 2014).</p> <p>Actualmente, los emprendedores consideran diferentes factores clave que pueden influir en el éxito de sus emprendimientos, estos incluyen: mayor inversión en innovación, tecnología, diseño del producto, adaptación a los cambios, nuevas regulaciones de negocios, la posibilidad de participar en mercados internacionales, perdurar en el tiempo, contribuir a impulsar la economía, el desarrollo y las aportaciones al conocimiento, para así superar la barrera impuesta por aquellos factores que inducen al fracaso.</p> <p>De acuerdo con Pretorius (2009), se considera que un emprendimiento fracasa cuando involuntariamente no puede generar flujos de caja por sí mismo –tampoco a través de financiamiento–, lo cual implica un declive de la inversión, trayendo como consecuencia el no poder seguir operando bajo los lineamientos actuales de propiedad y gestión.</p> <p>De acuerdo con estudios realizados por la Cámara de Comercio de Bogotá (2013), se encontró que, pasado el primer año después de la creación, únicamente sobrevive el 55% de las empresas creadas; para el segundo año queda un 41% de los emprendimientos; al tercer año ya sólo sobrevive el 31% y; llegado el cuarto año, queda un 23% de los</p>

<p>emprendimientos, lo cual evidencia que en las últimas décadas el comportamiento de la generación y el fracaso empresarial se han mantenido.</p> <p>Los resultados de estas estadísticas son similares a los que presenta un estudio realizado por la Administración de pequeños negocios de los Estados Unidos. Éste determinó que alrededor del 66% de los nuevos negocios sobrevive dos años o más, el 50% sobrevive al menos cuatro años y solo el 40% sobrevivió seis años o más, en el contexto estadounidense.</p> <p>De acuerdo con las cifras, resulta crucial identificar y analizar cuáles son los principales factores que influyen en el fracaso, desde el punto de vista de los emprendedores, con el fin de identificar errores comunes, lecciones aprendidas y aspectos a tener en cuenta para la formulación de nuevas estrategias que ayuden a disminuir la tasa de los emprendimientos colombianos que fracasan.</p> <p>Con respecto a los indicadores específicos para medir aspectos en el proceso de comenzar un negocio, Colombia ocupa el puesto 84/X y, en promedio, el trámite tarda 11 días; en el pago de impuestos ocupa el puesto 146/X y se requieren alrededor de 11 pagos por año, es decir, 239 horas de procesamiento; para los procesos de cierre del negocio ocupa el puesto 30 y estos tardan, aproximadamente, 1.7 años (Banco Mundial, 2015)</p> <p>El análisis del emprendimiento en Colombia, de acuerdo con el informe desarrollado por Varela et al. (2014) para el Monitor Global de Emprendimiento (GEM), indica que el 77% de la población adulta en Colombia tiene una percepción socio-cultural positiva con respecto al emprendimiento, 65% tiene potencial para ser emprendedores, 55% son emprendedores intencionales, 14% son emprendedores nacientes, 10% son nuevos emprendedores y 6% de los adultos en Colombia han desarrollado algún emprendimiento.</p> <p>Con respecto a los indicadores del GEM, en Colombia, la tasa de emprendimiento temprano (emprendedores nacientes y nuevos) es de 24% lo cual significa un alto nivel de actividad emprendedora en el país, ubicándolo en el octavo lugar a nivel mundial y en el tercer lugar en Latinoamérica. Sin embargo, en términos de condiciones e infraestructura para el emprendimiento, el país todavía tiene puntajes por debajo del promedio en más de nueve categorías básicas, lo cual repercute en un bajo nivel de internacionalización de los negocios, innovación y aplicación de nuevas tecnologías.</p> <p>De acuerdo con estadísticas de la Confederación Colombiana de Cámaras, en Colombia, en el año 2014, se crearon alrededor de 240,250 empresas, donde el 38.7% corresponde al sector comercio, 11.7% al sector de alojamiento y servicios alimenticios, y 10.3% a industria manufacturera y otras empresas relacionadas con los sectores de actividades profesionales, científicas, técnicas y de construcción.</p>	<p>El sector de transformación presentó una disminución drástica en el periodo 2013-2014 al pasar del 52,2% al 25,9% con respecto al 2013, mientras que el sector extractivo ha presentado una disminución.</p> <p>Con respecto a la cancelación de empresas, el informe muestra que en los tres primeros trimestres del año 2014 se cancelaron 75,596 compañías, donde los sectores más afectados fueron el comercio al por mayor y por menor (45%), el alojamiento y los servicios alimenticios (30%), la manufactura (9%) y otros sectores (16%).</p> <p>En general, se estima que, en Colombia, pasados los cuatro años solo logran ser exitosas 25% de las empresas creadas. Por tanto, el desarrollo de este tipo de estudios es relevante para avanzar en el análisis detallado sobre las causas del fracaso de los emprendimientos y así mejorar la permanencia de las empresas creadas y disminuir las tasa de fracasos.</p> <p>La evolución de la distribución sectorial de las nuevas empresas de Colombia ha estado caracterizada por el crecimiento del sector consumo, el cual pasó de representar el 26,7% del total de las empresas en el 2013 al 66,5% en el 2017. Por otra parte, el comportamiento del sector servicios es el que ha presentado más estabilidad con respecto a su valor inicial, al pasar del 12,4% en el 2013 al 10,5% en el 2017.</p> <p>Según GEM, gran parte de la población emprendedora se encuentra entre los 25 y los 34 y los 35 y los 44 años de edad, mientras que el nivel de educación de los emprendedores se concentra en estudios secundarios y técnicos o tecnológicos. Estos resultados reflejan el gran margen de mejora de Colombia en los campos de emprendimiento basado en el uso intensivo del conocimiento, así como en emprendimiento juvenil.</p> <p>iii. Una política pública en constante evolución.</p> <p>En el mundo entero, las políticas públicas que buscan el desarrollo del emprendimiento fueron objeto de un cambio profundo. Antes de 1990, por lo general, la política pública en emprendimiento se enfocaba en brindar apoyo a pequeñas empresas y los diseños de política se centraban en un conjunto de entes e instrumentos especializados en soportar este tipo de empresas.</p> <p>Ya en los años 2000, la nueva meta se centraría en comercializar el conocimiento por parte de organizaciones emprendedoras, gestoras de nuevos productos, servicios y modelos de negocio. Más que nuevas empresas, en esta etapa las prioridades de las políticas de desarrollo pasaron a relacionarse con el impulso a la vitalidad emprendedora, su capacidad para establecer redes donde el conocimiento fluye rápidamente desde las universidades y los centros de investigación hacia los negocios, y el logro de comportamientos más emprendedores por parte de la población.</p>
<p>Colombia ha explorado cómo articular el emprendimiento como un componente importante de la competitividad desde hace cerca de dos décadas. La preocupación por la competitividad se inició cuando Michael Porter y el Monitor Group prestaron asesoría al país en 1993 y recomendaron emprender apuestas concretas en una serie de sectores productivos para aprovechar sus ventajas competitivas.</p> <p>Desde entonces, el país ha intentado acelerar la productividad y competitividad de sus empresas mediante diversos enfoques. Antes de los años 90 el gran foco de las políticas de desarrollo se centraba en el tema macroeconómico, pero los trabajos de Porter y Monitor enseñaron que las decisiones de competitividad más vitales se toman en las regiones y las ciudades. Desde entonces, los diseños de la política de competitividad de los sucesivos gobiernos buscaron incorporar con mayor fuerza a los actores de las localidades y las regiones.</p> <p>Sin embargo, a pesar de que Colombia es reconocida hoy por su amplio potencial de crecimiento económico, el país sigue rezagado en competitividad y productividad frente a otros países. Según el Banco Mundial, el Producto Interno Bruto per cápita de Colombia (medido a paridad de poder adquisitivo) pasó de US\$ 5.267 en 1994 a US\$ 10.433 en 2012; pero aún se mantenía inferior al de otros países latinoamericanos como Chile (US\$ 22.362 en 2012), México (US\$ 16.733) o Brasil (US\$ 11.715).</p> <p>El rezago de Colombia frente a países como Corea del Sur (US\$ 30.800), Malasia (US\$ 16.918), Finlandia (US\$ 38.271), Bulgaria (US\$ 16.043) o Turquía (US\$ 18.384) se ha intensificado en los últimos 20 años, pues en 1994 las diferencias que separaban a Colombia de esos países en términos de PIB per cápita eran muy inferiores a las de hoy. Otros indicadores, como la productividad por trabajador o la productividad multifactorial, revelan niveles de rezago incluso superiores.</p> <p>A partir del año 2000, se fue abriendo paso la idea de que las intervenciones de una política pública de desarrollo económico y competitividad no debían ubicarse solo en las regiones, como lo había recomendado Michael Porter, sino que era necesario trabajar más de cerca con las empresas y, más específicamente, con los nuevos empresarios creadores de riqueza.</p> <p>El gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002) dio respaldo a jóvenes emprendedores creadores de empresas exportadoras y al desarrollo de micro, pequeñas y medianas empresas. Se partía de un análisis según el cual la capacidad empresarial se veía obstruida por barreras de orden institucional, dificultades para el acceso a factores de producción y barreras a la competencia, y fueron implantados mecanismos para aliviar estas dificultades.</p> <p>En 2002, el gobierno de Álvaro Uribe incrementó la atención en el emprendimiento. Se creó el Fondo Emprender, con el objeto de financiar iniciativas empresariales desarrolladas por estudiantes de instituciones técnicas o universitarias. Era la primera vez que el Estado creaba un instrumento específico para la financiación de proyectos en</p>	<p>etapa de capital semilla y, de nuevo, se partía del supuesto de que los jóvenes tenían un potencial particular como creadores de valor si se les facilitaba la creación de empresas.</p> <p>En 2005 había en funcionamiento 34 incubadoras de empresas asociadas al Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, con 801 empresas creadas y ventas promedio cercanas a US\$ 92.500 por empresa en el año. Si bien algunas de estas incubadoras siguen operando, otras dejaron de funcionar. En el país surgió posteriormente una nueva generación de instituciones de apoyo a emprendedores financiadas por el sector privado. En 2006 se expidió la Ley 1014 de Fomento a la Cultura del Emprendimiento en Colombia, la cual vinculaba al emprendedor con su capacidad para innovar y definía el emprendimiento como "una manera de pensar y actuar orientada hacia la creación de riqueza".</p> <p>En 2010, el Plan de Desarrollo del gobierno de Juan Manuel Santos incluyó un capítulo dedicado al Crecimiento Sostenible y Competitividad. Fue la primera vez que un Plan de Desarrollo incluyó el emprendimiento en el capítulo de la competitividad y no en el capítulo de la política social. El documento también hacía un planteamiento sobre innovación, destacó la necesidad de crear nuevas empresas motivadas por la oportunidad, así como mecanismos de financiación para las nuevas empresas (incluyendo una profundización de los fondos de capital privado) y la industria de soporte al emprendimiento.</p> <p>De igual manera, el Plan anunció la creación de una Unidad de Desarrollo en Bancóldex, a cargo de profundizar la actividad de los fondos de capital privado, especialmente el desarrollo de fondos de capital semilla y de riesgo en etapa temprana. Tendría la misión de asignar recursos de coinversión, asegurar la participación conjunta de capital nacional y extranjero, y estructurar una prima de éxito para los inversionistas privados mediante mecanismos de salida de la inversión pública. De esta manera, quedaron configurados los elementos para la creación de INNpulsa Colombia.</p> <p>En la política pública colombiana, el emprendimiento tenía ya una historia de más de una década y se habían asimilado varias lecciones importantes. A lo largo de la primera década los hacedores de política entendieron que si bien el emprendimiento puede hacer parte de estrategias destinadas a lograr una diversidad de objetivos, desde el autoempleo hasta el crecimiento de alta ambición, es muy importante definir en las políticas específicas cuáles son los objetivos buscados y diseñar programas focalizados en el logro de esos objetivos.</p> <p>En particular, en la medida en que el objetivo fuera el crecimiento económico, era necesario apuntar a tener emprendimientos capaces de explotar oportunidades de amplio potencial de crecimiento, donde la ventaja competitiva se deriva de las capacidades innovadoras.</p>

III. MARCO JURÍDICO

Norma	Artículo	Observación
Ley 905 de 2004	Artículo 3° Artículo 8°	Modificado en la presente iniciativa legislativa
Ley 1014 de 2006	Artículo 5° Artículo 6°	
Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015	Artículo 1.1.3.2	Este artículo reglamenta el Consejo Superior de Micro Empresa y de la Pequeña y Mediana Empresa, en cumplimiento de Ley 590 de 2000, arto 3; modificado por la Ley 905 2004, arto 3. Allí se integral el consejo de la microempresa y de la pequeña y mediana empresa en uno solo, objetivo igualmente establecido en el proyecto de Ley en estudio.
	Capítulo 3 Artículos 2.2.1.3.1 a 2.2.1.3.9	Reglamenta la composición y funcionamiento de la Red Nacional para el Emprendimiento y las Redes regionales.
Resolución 3205 de 2008		Reglamenta el funcionamiento de los CRM

IV. PROPOSICIÓN

En concordancia con los términos anteriormente expuestos, en nuestra condición de miembros del Congreso de la República, y en uso del derecho consagrado en el artículo 152° de la Constitución Política de Colombia, nos permitimos poner a consideración de los Honorables Miembros del Congreso de la República el presente proyecto de ley, teniendo en cuenta que el mismo preserva los principios constitucionales e internacionales que buscan salvaguardar el desarrollo económico y social del país.


EMMA CLAUDIA CASTELLANOS
Senadora de la República


ANGELA PATRICIA SANCHEZ LEAL
Representante a la Cámara por Bogotá

PROYECTO DE LEY NÚMERO 258 DE 2019
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

PROYECTO DE LEY No. ____ de 2019 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 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 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.

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

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS.

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 estado, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.

Artículo 4. Modifíquese los literales a) y c) del artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

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

a) **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.

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

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

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

e) **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.

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
2. Cáncer de cuello uterino
3. Cáncer de colon y recto
4. Cáncer de estómago
5. Cáncer de próstata
6. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón
7. Leucemia linfóide aguda en niños
8. Leucemia linfóide aguda en adultos
9. Leucemia mieloide aguda en niños
10. Leucemia mieloide aguda en adultos
11. Linfoma no Hodgkin en adultos

- i) **EPS:** Entidades Promotoras de Salud
- j) **EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- k) **EOC:** Entidades Obligadas a Compensar
- l) **IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

m) **PNCC:** Plan Nacional Para el Control del Cáncer

Capítulo II

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

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

"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 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) 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.

Artículo 7. **Disponibilidad y manejo adecuado de recursos:** 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.

Artículo 8. Adiciónese el parágrafo 2 del 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

Capacitación. Criterios de atención. Implementación de tecnologías. Sistema de vigilancia y monitoreo. Reporte de información.

Artículo 9. **Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados.** El gobierno nacional contará con un Programa de Profesionales de Salud en Cáncer (EDUCANCER) que deberá incluir dentro de sus estrategias:

1. Aumentar la oferta de programas y cursos certificados de oncología o hematología e incentivar la participación de los médicos titulados en el país.
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.

3. Capacitar y actualizar en la detección temprana y tamización del cáncer, garantizando altos niveles de ética durante la práctica.

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 actualizados sobre técnicas de diagnóstico oportuno y tratamientos, y la interacción de los colegas como una manera de asegurar un espacio de continuo aprendizaje.

Parágrafo 1. 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.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

Artículo 10. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

Parágrafo 2. 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.

Artículo 11. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 18 de la Ley 384 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 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER). Se establecerá el sistema de 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.

PARAGRAFO 1. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo.

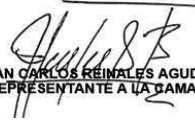
PARAGRAFO 2. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de manera conjunta con el SIVICANCER, los mecanismos para: a) Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica); b) Verificar la calidad de los datos, definir 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.

Artículo 14. 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 15. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables representantes,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara



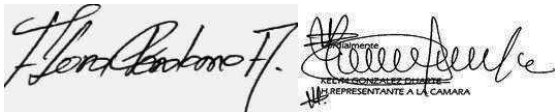
JUAN DIEGO ECHAVARRIA
Representante a la Cámara

HENRY FERNANDO CORREAL
Representante a la Cámara



FABER MUÑOZ CERON
Representante a la Cámara

JHON ARLEY MURILLO B.
Representante a la Cámara



FLORA PERDOMO ANDRADE
Representante a la Cámara

KELYN GONZÁLEZ DUARTE
Representante a la Cámara



ANDRÉS DAVID CALLE
Representante a la Cámara



HARRY GIOVANNY GONZÁLEZ GARCÍA
Representante a la Cámara



NUBIA LÓPEZ MORALES
Representante a la Cámara



ALEJANDRO VEGA PÉREZ
Representante a la Cámara



RODRIGO ROJAS LARA
Representante a la Cámara



CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara



HERNÁN GUSTAVO ESTUPIÑÁN CALVACHE
Representante a la Cámara



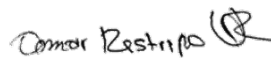
VÍCTOR ORTIZ
Representante a la Cámara



CARLOS JULIO BONILLA SOTO
Representante a la Cámara




CRISANTO PISSO MAZABUEL
Representante a la Cámara



OMAR DE JESUS RESTREPO C.
Representante a la Cámara



ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
Representante a la Cámara



ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO
Representante a la Cámara



JOHN JAIRO ROLDAN AVENDAÑO
Representante a la Cámara



ELIZABETH JAY-PANG DIAZ
Representante a la Cámara



SILVIO CARRASQUILLA TORRES
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La exposición de motivos que acompaña este proyecto se estructura de la siguiente manera:

1. **Justificación**
2. **Situación del cáncer en Colombia y el mundo**
3. **Marco jurídico colombiano sobre manejo del cáncer**
4. **Naturaleza del proyecto de ley**
5. **Contenido del proyecto de ley**
6. **Impacto Fiscal**

1. JUSTIFICACIÓN

ANTECEDENTES

Por la preocupación que me asiste como legislador frente al cáncer y queriendo conocer de primera mano la situación de la carga de la enfermedad y las acciones que se han llevado a cabo, a propósito de los 10 años de la Ley del Cáncer, "Ley Sandra Ceballos" y la implementación del Plan Nacional para el Control del cáncer. Así como, con el objetivo de promover la actualización de la ley y del Plan, para lograr una política de estado eficiente que priorice los cánceres de mayor carga para mejorar la prevención y la atención integral a los pacientes, convoqué, el 13 de noviembre de 2019 a una audiencia pública al Ministro de Salud Juan Pablo Uribe, a la directora del Instituto Nacional de Salud Martha Lucía Ospina, al representante del Instituto Nacional de Cancerología, Jairo Aguilera López, a la Dra., María Virginia Jordán del Ministerio de Hacienda, y al Dr. Fabián Cardona director de ACEMI entre otros, para escuchar sus opiniones en relación con este tema.

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", y el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2018-2021, si bien han contribuido a la atención del cáncer, se han quedado cortos y las cifras muestran un aumento creciente en la aparición de cáncer en sus diferentes modalidades, en el lapso de tiempo comprendido entre el año 2010 a 2019, tiempo en el cual han estado vigentes las normas mencionadas.

Así las cosas, tenemos que en el año 2012 tuvimos 71.000 casos diagnosticados de cáncer, para el 2018, esa cifra ascendió a 101.000 casos, y para el 2030, de acuerdo con las proyecciones del Ministerio de Salud y de la organización mundial de la salud, tendremos cerca de 132.000 casos referenciados, cifras que fueron presentadas durante la audiencia pública.

Los funcionarios públicos que intervinieron en la audiencia estuvieron de acuerdo en el aumento de casos diagnosticados de cáncer.

Así mismo, varios de los intervinientes coincidieron en que el aumento de los casos de cáncer diagnosticados no es solo una preocupación de nuestro país como lo señaló la Dra. Martha Ospina, directora del Instituto Nacional de Salud, quien también aseguró que para el año 2030 "el cáncer será la primera causa

de muerte a nivel mundial y en Colombia". Así mismo, como resultado de la audiencia pública se aprobó la conformación de una subcomisión conformada por las comisiones séptimas de Senado y Cámara para dar seguimiento a los resultados tanto de la ley como del Plan Nacional para Control del Cáncer (PNCC).

Por todo lo anterior, se hace necesario presentar una iniciativa como la que radicamos ante el Congreso de la República, que nos permita realizar una priorización que responda a los cambios en la mortalidad y morbilidad en el país para establecer medidas eficaces, tempranas y oportunas que respondan a los cambios en la carga del cáncer en Colombia y así poder desviar el curso de las proyecciones planteadas, logrando también con ello salvaguardar la salud de todos los colombianos.

2. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA Y EL MUNDO

SITUACIÓN DEL CÁNCER A NIVEL MUNDIAL

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En el año 2012 se presentaron aproximadamente 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes. Para el mismo año los cánceres más diagnosticados en hombres fueron: pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado y, en mujeres, mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. El cáncer pasó de ser la tercera causa de muerte en 1990 a ser la segunda causa en 2013, luego de la enfermedad cardiovascular¹.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo y la segunda en personas menores de 70 años. El informe entregado por 'The Economist' en el cual se analizaron 28 países del mundo, resalta que la presencia de la enfermedad de cáncer ha aumentado en el mundo a causa del desarrollo económico de los países.

El PIB es un factor importante que presenta correlación con el cáncer. A medida que un país experimenta avances en áreas sociales, económicas y políticas la calidad de vida de la población también cambia². En el caso de Colombia, el país ha presentado desde 2010 crecimientos positivos del PIB, este crecimiento se traduce en que la población deja de fallecer a causa de enfermedades transmisibles y las causas de fallecimiento van por cuenta de enfermedades no transmisibles³

"Para 2030 se espera que el cáncer aumente en los países de alto ingreso un 4%, mientras que en los países de mediano y bajo ingreso aumentará un 30%. Si bien el panorama parece desalentador, el cáncer es potencialmente el más prevenible de las enfermedades crónicas, puesto que los hallazgos a la fecha son suficientes para evitar un tercio de los doce millones de muertes anuales; además con tecnología de baja complejidad y los avances en la producción de

1 Instituto nacional de Salud 2012. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>
 2 (The Economist, 2019). Disponible en: https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/cancer_preparedness_around_the_world.pdf
 3 (The Economist, 2019). Disponible en: https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/cancer_preparedness_around_the_world.pdf

nuevas vacunas (...), se pueden prevenir o tratar oportunamente un número importante de casos. Por esta razón la mortalidad por cáncer puede ser tomada como un indicador de calidad de la atención en salud de la población".⁴

Para el caso de América Latina, el cáncer también se encuentra en la segunda posición de causa de muertes. Según cifras del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer, en 2018 se presentaron 1,4 millones de casos nuevos de cáncer y se estima que la cifra aumente a más de 2 millones en 2030. Para el caso de Colombia, el país tiene registrados 247.000 casos de cáncer y anualmente fallecen 33.000 pacientes. El cáncer se ubica como la causa del 19.9% de las muertes en Colombia, cifra que aumentó ya que en 2010 se ubicaba en 18.3%.⁵

En cuanto a los cánceres más frecuentes en América Latina, los más comunes son: mama, próstata y colorrectal. Sin embargo, si bien son los tres más frecuentes, los que producen más muertes al año en Colombia son: estómago, pulmón y colorrectal, siendo el cáncer de pulmón el que menor tasa de supervivencia presenta frente a los cánceres priorizados en el territorio nacional⁶.

La tabla 1 presenta las tasas de incidencia y mortalidad para los seis tipos de cáncer con mayor impacto epidemiológico (principalmente mortalidad e incidencia), comparando a Colombia con otros países de la región.

Tabla 1: Comparación de las tasas de incidencia y mortalidad en la región de América Latina y el Caribe⁷

	Argentina	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	México	Paraná	Perú	Uruguay	América Latina y el Caribe
Incidencia*											
Cáncer de estómago	6.4	7.9	17.8	12.8	8.7	13.8	5.6	11.1	16.1	8.1	8.7
Cáncer de pulmón	18.9	13	13.4	10.1	11.8	6.1	5.8	22.5	9.1	27.8	11.8
Cáncer de colon y recto	25	19.6	20.7	15.8	16.8	11.3	11.2	19.7	13.3	35	16.8
Cáncer de mama	7.1	62.9	40.9	44.1	51.9	31.8	39.5	46.3	40	65.2	51.9
Cáncer de próstata	42.4	7.6	51.2	49.8	56.4	38.8	41.6	29.3	47.8	59.6	56.4
Cáncer de cuello uterino	16.7	12.2	12.2	12.7	11.2	13.1	11.0	18.4	23.2	12.4	14.6
Mortalidad*											
Cáncer de estómago	4.9	5.9	11.5	9.4	10.1	10.8	4.4	7.6	12.8	8.2	6.6
Cáncer de pulmón	17.1	12	12.3	9	5.5	5.7	4.9	7.9	8	18.6	10.6
Cáncer de colon y recto	12.6	9	10.2	7.6	8.6	5.8	5.2	7.4	6.5	8.9	8.1
Cáncer de mama	18	13	11.1	11.9	12.2	9.1	9.9	11.2	10.3	13	13
Cáncer de próstata	12.3	13.6	15.8	12	12.2	13.9	10	15.4	15.6	7.6	14.2
Cáncer de cuello uterino	7.7	5.8	5.0	5.7	5.8	9.0	5.8	8.8	10.2	6.0	7.1

Además de representar una carga epidemiológica elevada para el país, éstos diagnósticos también representan una carga económica muy alta. En términos

de la carga económica de los casos nuevos, considerando los costos médicos y no médicos, así como la pérdida de productividad, el cáncer de pulmón, el cáncer de mama y el cáncer de colon y recto, tienen costos estimados anuales de aproximadamente US\$114.712 millones de dólares que representan los cánceres con mayor costo a nivel mundial, dado que son los más comunes en la sociedad. Esto representa cerca del 42% de la carga económica total del cáncer en Colombia, la cual ascendía a US \$272.1 millones de dólares en el 2009⁸. Los otros tipos de cáncer que presentaron altos costos son cáncer de estómago, cáncer de próstata, cáncer de hígado y leucemia, entre los cuatro suman US\$67.747 millones de dólares.

En lo referente a los casos nuevos en el continente americano es donde más se presentaron en 2009 (153,941) seguido por Europa (82,684). Para el caso de América el total de casos nuevos se debe a mayor cantidad de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón, próstata, mama y leucemia.

¿Qué están haciendo los países en la región y el mundo? La mayoría de los países en América Latina han adoptado políticas enfocadas a enfrentar la enfermedad de cáncer. El caso de Costa Rica se destaca en la región, ya que su plan de enfrentamiento al cáncer es el más completo en cuanto a coordinación e integración de políticas.

Costa Rica ha logrado articular a su Plan Nacional de Control de Cáncer políticas como el Manual de normas para el tratamiento de cáncer⁹. Esta coordinación ha hecho que Costa Rica sea un país modelo en cuanto a la implementación de medidas para atender el cáncer. Así mismo, a través de sus políticas Costa Rica ha priorizado siete tipos de Cáncer: Cáncer de piel, Cáncer gástrico, Mama, Próstata, Cérvix, Pulmón y Colon. Además, el manual de normas lista un total de 52 tipos de cáncer y la forma en cómo debe ser atendido cada caso¹⁰.

Frente a la experiencia de Costa Rica, Colombia presenta medidas inferiores en cuanto a la preparación del sistema de salud para atender el cáncer. Si bien Colombia cuenta con el Plan Nacional para el control del Cáncer, las políticas de atención no se han articulado para dar una respuesta efectiva. Como lo muestra la Tabla 2, en materia de control del cáncer, Colombia presenta falencias en prevención, detección temprana y disponibilidad de medicamentos¹¹.

4 Instituto nacional de Salud 2012. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>
 5 (The Economist, 2019). Disponible en: https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/cancer_preparedness_around_the_world.pdf
 6 (The Economist, 2019). Disponible en: <https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/roche-cancer-preparedness-in-latin-america/preparacion%20para%20el%20abordaje%20de%20el%20cancer%20en%20america%20latina.pdf>
 7 (International Agency for Research on Cancer, 2018)
 8 (Economist Intelligence Unit, 2009)
 9 (Ministerio de Salud de Costa Rica) Tomado de https://www.ministeriosalud.gov.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevenccion_y_cotrol_del_cancer.pdf
 10 (Manual de Normas para el Tratamiento de Cáncer en Costa Rica, 2014) Disponible en: https://www.imprentanacional.gov.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/manual_contra_el_cancer_edincr.pdf
 11 (The Economist, 2017) Disponible en: https://ciuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPA_NISH.pdf

Tabla 2. Calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina

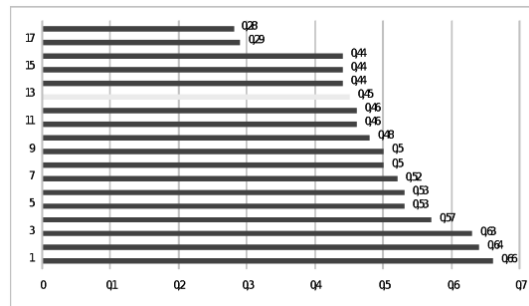
País	Plan Estratégico	Supervisión del desempeño	Disponibilidad de Medicamentos	Disponibilidad de radioterapia	Prevención y detección temprana	Finanzas	Calificación
Uruguay	4	5	3	4	3	4	23
Costa Rica	5	5	2	4	2	4	22
Chile	3	2	3	5	4	2	18
México	3	3	3	2	4	2	17
Brasil	4	3	3	1	3	3	17
Colombia	4	3	2	1	3	3	16
Panamá	2	4	2	4	3	2	16
Perú	4	4	2	1	2	2	15
Ecuador	3	3	2	3	3	2	15
Argentina	1	4	3	3	3	1	14
Paraguay	3	2	1	2	2	2	9
Bolivia	2	1	2	1	1	1	7

Fuente: Eiuerspectives

Según la medida M:I que calcula el éxito que tiene los sistemas de salud de cada país contra el cáncer, Colombia se encuentra en la cuarta casilla después de Costa Rica y Brasil¹².

¹²(The Economist, 2019). Disponible en: <https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/Roche-cancer-preparedness-in-latin-america/PREPAREDACION%20PARA%20EL%20ABORDAJE%20DEL%20CANCER%20EN%20AMERICA%20LATINA.pdf>

Gráfica 1. Relación M:I de cáncer - 2018



Fuente: worldcancerinitiative (2020)

Sin embargo, otro indicador que permite evidenciar la preparación frente al cáncer en Colombia es el índice de preparación de abordaje del cáncer (ICP) en el cual Colombia en el puntaje general se encuentra en la segunda casilla (tabla 1). Este índice mide: políticas y planificación, servicios de salud y sistemas de salud y gobernanza.

Tabla 1. ICP en América Latina

Puntaje General	Políticas y Planificación	Servicios de Salud	Sistema de Salud y Gobernanza
1 Brasil 82.2	1 Brasil 94.4	1 Colombia 84.9	1 Uruguay 66.3
2 Colombia 80.3	2 Colombia 92.1	2 Brasil 84.1	2 Chile 64.9
3 Chile 74.9	3 Costa Rica 88.3	3 Chile 80.7	3 Brasil 54.1
4 Uruguay 74.9	4 Uruguay 84.3	4 Argentina 75.0	4 Ecuador 48.1
5 Argentina 71.4	5 Argentina 83.4	5 Uruguay 69.8	5 Perú 48.1
6 Costa Rica 70.1	6 Perú 83.3	PROMEDIO 64.8	PROMEDIO 47.9
PROMEDIO 65.5	7 Panamá 81.6	6 Costa Rica 63.8	6 Colombia 47.5

7 Perú 64.9	PROMEDIO 75.8	7 México 61.9	7 Costa Rica 47.1
8 México 63.1	8 Chile 74.1	8 Perú 55.8	8 México 45.2
9 Panamá 61.9	9 México 73.2	9 Panamá 50.9	9 Panamá 40.4
10 Ecuador 54.2	10 Ecuador 65.2	10 Bolivia 50.0	10 Argentina 39.9
11 Paraguay 50.1	11 Paraguay 62.2	11 Ecuador 46.2	11 Bolivia 38.2
12 Bolivia 38.6	12 Bolivia 27.3	12 Paraguay 45.5	12 Paraguay 34.9

Fuente: worldcancerinitiative (2020)

Si bien Colombia resulta relativamente bien calificado en el estudio, hay un vacío entre las políticas actuales y cómo estas se ven materializadas, esto se ve evidenciado especialmente cuando se comparan los resultados del indicador de Sistema de Salud y Gobernanza. El indicador que mide temas de infraestructura del sistema y factores como la gobernanza intersectorial es el que se encuentra peor calificado. Este es un indicador fundamental para el logro efectivo de la atención a los pacientes cáncer. Para lograr que este tipo de indicadores mejore, como lo establece el informe es necesaria la introducción de mecanismos de monitoreo, registro de pacientes y lograr mejor coordinación entre las entidades del sector salud.

LA SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

El cáncer representa 25% del total de muertes relacionadas con enfermedades no transmisibles (ENT) en Colombia, equivalentes a 46,057 muertes al año. Lo anterior lleva a que haya una carga de la enfermedad de 1,147,751 años de vida ajustados por discapacidad (AVISAS o DALYs, por sus siglas en inglés)¹³. Algunos tipos de cáncer tienen un alto impacto en el número de muertes en Colombia. En el año 2018, seis (6) fueron responsables del 50.5% de las muertes causadas por cáncer en el país¹⁴.

Los principales tipos de cáncer que se destacan por su alto impacto en la mortalidad son el cáncer de estómago (5,505), el cáncer de pulmón (5,236), el cáncer de colon y recto (4,489), el cáncer de mama (3,702), el cáncer de próstata (3,166) y el cáncer de cuello uterino (1,775). Por su parte, el cáncer de próstata es el de mayor tasa de mortalidad y el cáncer de cuello uterino el de menor¹⁵. La Cuenta de Alto Costo (CAC) señala, que éstos tipos de cáncer están incluidos dentro de los diez más prevalentes en el país¹⁶.

¹³ (IHME, 2017); (International Agency for Research on Cancer, 2018)

¹⁴ (International Agency for Research on Cancer, 2018)

¹⁵ Ibid.

¹⁶ (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2017)

En 2010 fue expedida la ley Sandra Ceballos (1384 de 2010) cuyos objetivos son reducir la mortalidad y la morbilidad en cáncer adulto y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, así como garantizar la prestación de todos los servicios que se requieren para su "prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo"¹⁷

No obstante, las acciones para el control del cáncer en Colombia han estado mayoritariamente centradas en un número limitado de cánceres (mama, cuello uterino, próstata y colon y recto)¹⁸, omitiendo el impacto creciente de otros tipos de cáncer que, por los cambios en los estilos de vida y los cambios de la morbilidad de la población, van adquirieron cada vez mayor relevancia y como se puede evidenciar en los datos de la Cuenta de Alto Costo van en aumento¹⁹. Por ejemplo, actualmente solo se cuentan con dos Rutas Integrales de Atención²⁰ para cáncer de mama y cuello uterino.

Adicionalmente, la sección de metas e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo incluyen únicamente de forma específica al cáncer de mama, cuello uterino, próstata, leucemia aguda, y una meta general de una disminución en la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años)²¹.

No obstante, como respuesta a la tendencia de crecimiento e impacto de otros tipos de cáncer y su impacto en la carga de la enfermedad en el país, desde 2019 tanto el Ministerio de Salud como la Cuenta de Alto Costo han empezado a ampliar la lista de cánceres priorizados a los siguientes 11:

1. Mama
2. Cuello uterino
3. Colon y recto
4. Estómago
5. Próstata
6. Tráquea, bronquios y pulmón
7. Leucemia linfocítica aguda en niños
8. Leucemia linfocítica aguda en adultos
9. Leucemia mieloide aguda en niños
10. Leucemia mieloide aguda en adultos.
11. Linfoma No Hodgkin en adultos.

Estos cánceres han sido priorizados en la resolución 3339 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud, reconociendo la necesidad de tener una gestión priorizada de los 11 cánceres e incentivar la gestión del riesgo del cáncer" y en la cual, en la sección de considerando, se afirma que "se hace necesaria la gestión del riesgo de cánceres priorizados, de interés en salud pública, con el objetivo de lograr una detección temprana y controlar la enfermedad"²². No obstante, esta regulación únicamente incluye un mecanismo de pago e incentivos para el manejo de estos cánceres por parte

¹⁷ Ley 1384 de 2010. Objeto.

¹⁸ Concepto del Ministerio de Salud al Proyecto de la Ley 111 de 2019 Senado.

¹⁹ 2019. Libro situación del cáncer de adultos en el SGSSS 2018.

²⁰ Recuperado de: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ntas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

²¹ Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Metas. P 314-317.

²² Ministerio de Salud, Resolución 3339 de 2019.

de las EPS, haciendo falta una política de estado integral que priorice estos cánceres y garantice la atención de forma priorizada en todas las dimensiones del ciclo de la enfermedad y que garantice la atención integral desde el diagnóstico oportuno hasta los cuidados paliativos.

Estos cánceres son los que actualmente tienen la mayor carga de la enfermedad en Colombia y como lo demuestran datos de la OCDE y el Banco mundial, el impacto de estos cánceres en el sistema de salud y en la vida de los ciudadanos, seguirá en aumento a menos de que se tomen acciones concretas para su control.

Colombia ha logrado importantes avances en la disminución de la mortalidad en algunos tipos de cáncer. Este es el resultado de la legislación desarrollada por el Congreso de la República y que dio origen a políticas, planes y proyectos que han salvado la vida a miles de colombianos. Este trabajo es motivo de orgullo para el sistema de salud y es necesario mantener los resultados alcanzados y enfrentar los retos emergentes para la salud de los colombianos.

Al cumplirse diez años de la ley 1384 de 2010, se hace necesario actualizar la legislación para enfrentar los desafíos presentes y futuros que el cáncer impone sobre la sociedad colombiana.

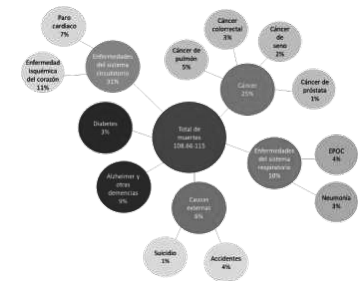
En su informe sobre el sistema de salud colombiano del año 2015²³, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) determinó que "para mantener la ambición de proveer un servicio de salud universal y de alta calidad, Colombia ahora debe enfocarse en mejorar la eficiencia y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud". Adicionalmente la OCDE plantea la necesidad de desarrollar un conjunto más amplio de normas de calidad en asistencia sanitaria y de directrices reguladoras de los servicios de atención primaria.

Para la Organización, es necesario crear un currículo de especialización destinado a médicos generales, enfocándose en la prevención y la gestión de enfermedades crónicas. La OCDE también plantea la necesidad de tomar medidas para asegurar que los sistemas de información de salud funcionen de la manera más efectiva posible. Según la Organización, el desarrollo de un sistema informativo más sofisticado ayudará a Colombia a extender su participación en esfuerzos de comparaciones internacionales, como lo son los Indicadores de Calidad de Servicios de Salud de la OCDE. Este será un paso vital para el mejoramiento continuo de la calidad y la eficiencia del sistema sanitario en Colombia.

Por otra parte, en su informe de salud del año 2019²⁴, se destaca que, aunque la esperanza de vida ha aumentado en los países OCDE, la carga de la enfermedad asociada a enfermedades crónicas también es creciente. El mismo informe muestra cómo la cuarta parte de las muertes en los países miembros de la Organización se debe al cáncer. La prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno y el tratamiento siguen estando en el frente de batalla para reducir la carga de estas enfermedades.

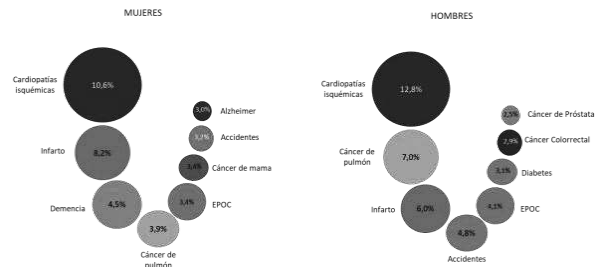
²³ Health overview, 2015. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015_9789264248908-en#page1
²⁴ OECD. Health at a glance, 2019. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4d450f09_en/1/2/3/2/index.html?itemId=/content/publication/4d450f09_en&_csp=82587932d7c06a639da695304095d&itemIGO=oc&itemContent-Type=book

Para el año 2015, la tasa promedio de mortalidad atribuible al cáncer entre países OCDE estaba alrededor de 200 por cada 100.000 habitantes. Entre los países miembros y socios de la Organización con la menor mortalidad por cáncer con tasas por debajo de 180 por 100.000 habitantes estaban México, Turquía, Finlandia, Suiza, Japón, Israel, Corea e incluso Colombia.²⁵



Fuente: OECD. Health at a glance 2019. Traducción propia

Principales causas de mortalidad por género, 2015

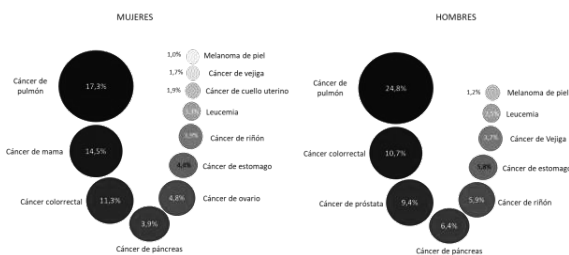


Fuente: OECD. Health at a glance 2019. Traducción propia

El informe de salud de la OCDE 2019 establece el cáncer de pulmón como carga más alta de mortalidad para hombres y mujeres. La mortalidad en el caso de los hombres es 24,8% y para las mujeres representa 17,3%, los anteriores porcentajes son en gran medida resultado de la tasa de supervivencia de 8,7% que presenta el cáncer en el país. Según la OCDE las cifras de mortalidad por cáncer de pulmón han incrementado respecto a la medición realizada en 2015. El segundo cáncer que más mortalidad presenta

²⁵ Health overview, 2015. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015_9789264248908-en#page1

para ambos sexos es el cáncer colorrectal, siendo el 10% de las muertes. Para las mujeres, el informe establece que el 17% de las muertes atribuibles al cáncer se relaciona con cáncer de pulmón y este índice viene en aumento seguido por el cáncer de mama que representa el 14,5%.

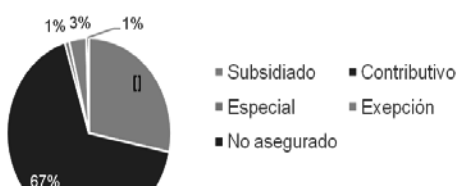


Fuente: OECD estudio de los sistemas de salud 2019.

La Cuenta de Alto Costo también ha hecho un seguimiento importante de los casos de cáncer en Colombia, en el que las tendencias nacionales corresponden a las reportadas por la OCDE, demostrando el mayor peso que van adquiriendo otros tipos de cáncer que antes no eran de gran incidencia en las tasas de mortalidad de la población.

En ese sentido, en el país los casos de cáncer van en aumento, especialmente aquellos que no han sido priorizados por las acciones de política. La proporción de nuevos casos notificados, que es de 73,1 casos de cáncer por cada 100.000 habitantes, y la mortalidad de 39,4 casos por cada 100.000 habitantes.

PROPORCIÓN DE CASOS DE CÁNCER SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN



Fuente: Cuenta de Alto Costo (2018)

El creciente número de casos de cáncer en el país hace un llamado a evaluar la política actual y revisar las omisiones y oportunidades de mejora de ésta. Así como las barreras de acceso, que plantean retos como el diagnóstico oportuno y la atención integral del cáncer, sin trámites que dilatan los procedimientos, en centros especializados y habilitados para este fin, y que, además, cuenten con los elementos para ofrecer un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

Respecto de los tipos de cáncer a los que la Cuenta de Alto Costo hace seguimiento y que fueron priorizados por el Ministerio de Salud, aquellos de mayor prevalencia presentan porcentualmente menos casos nuevos, por ejemplo, el cáncer de mama presenta un crecimiento del 10,5%, el cáncer de próstata 9,9% y el de cérvix 12%. Mientras que, de los priorizados con menor prevalencia, como el cáncer gástrico presenta un crecimiento del 23,7%, y el de pulmón un crecimiento del 31,3%.

Tipo de cáncer	Número de pacientes prevalentes	Número de pacientes nuevos
Cáncer de mama	57.508	6.045
Cáncer de próstata	30.912	3.076
Cáncer de Cérvix	14.638	1.764
Cáncer de Colon y recto	18.747	3.133
Linfoma No Hodgkin, adultos	10.675	1.378
Cáncer gástrico	8.946	2.129
Cáncer de pulmón	3.901	1.222
Melanoma	3.245	412
Linfoma Hodgkin, adultos	2.595	270
Leucemia Linfóide Aguda, adultos	1.101	158
Leucemia Mieloide Aguda, adultos	1.114	213

Fuente: Cuenta de Alto Costo Datos del periodo comprendido entre el 2 de enero del 2017 y el 1º de enero de 2018

La actual ley de cáncer fue expedida en 2010, cuando el cáncer no se encontraba entre las primeras causas de muerte en el país, de acuerdo con datos de la Superintendencia Nacional de Salud²⁶. Sin embargo, de acuerdo con datos actuales del Ministerio de Salud²⁷, se puede ver el crecimiento del número de pacientes con cáncer que deben ser tratados y la relevancia de la enfermedad en el sistema de salud colombiano, lo que invita a una actualización de las políticas actuales para poder responder a la creciente necesidad.

²⁶ Superintendencia Nacional de Salud. 2014. Análisis de mortalidad en Colombia 1998-2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/IDE/IASA/12_Analisis-de-mortalidad-en-Colombia-1998-2011.pdf
²⁷ Ministerio de Salud y protección social. 2019. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/IDE/V/S/ED/PSP/sasis-colombia-2018.pdf>

Tabla 4. Tasas crudas y ajustadas por edad y sexo de las primeras 25 causas de muerte por 100.000 habitantes. Colombia, 2011

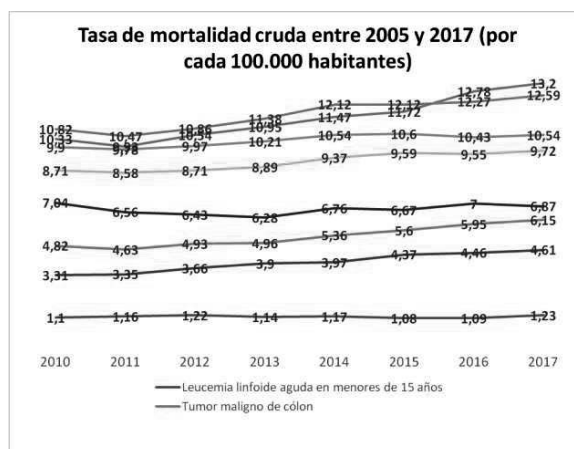
Posición	Evento	Tasa cruda	Tasa ajustada por edad y sexo	Límite inferior	Límite superior	Cambio de posición respecto a 1998
1	Enfermedad cardíaca isquémica	63,5	56,6	56,0	57,3	1
2	Agresiones	36,2	35,0	34,4	35,5	-1
3	Enfermedad cerebrovascular	29,0	25,9	25,5	26,4	0
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23,5	20,9	20,5	21,3	1
5	Otras enfermedades cardiovasculares	17,6	15,8	15,4	16,1	-1
6	Otras enfermedades digestivas	15,1	13,6	13,3	14,0	5
7	Diabetes mellitus	14,6	13,0	12,7	13,3	0
8	Enfermedad cardíaca hipertensiva	14,4	12,8	12,5	13,1	2
9	Infecciones respiratorias bajas	13,3	12,2	11,9	12,5	0
10	Accidentes de tránsito	12,5	12,0	11,6	12,3	-4

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la OPS²⁸, la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, como el cáncer, duplica la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles. Además, la tasa de mortalidad en cáncer en el país es alta comparada con los países de la región. Es por esto, que las acciones del Estado deben estar encaminadas a solucionar los problemas de salud actuales, como el cáncer, especialmente hacer frente a los cánceres cuya carga de la enfermedad va en aumento.

País	Tasa de mortalidad	Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles	Tasa de mortalidad por causas externas	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón	Tasa de mortalidad por cáncer de próstata
Bolivia	7,3	145,9	495,0	90,3	4,5	14,1
Colombia	6,1	62,6	462,8	85,4	14,2	20,5
Ecuador	5,5	78,0	405,0	67,4	6,7	19,0
Perú	5,9	116,9	414,6	58,9	9,6	19,4

28 OPS 2019. Core Indicators health trends in the Americas. Disponible en: http://ris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51542/9789275121290_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y



Fuente: Cuenta de Alto Costo (2018)

Como se puede evidenciar en la gráfica, la tasa de mortalidad cruda de los distintos tipos de cáncer va en aumento, salvo por el tumor maligno del cuello del útero, lo cual puede interpretarse como una respuesta a la priorización que se le ha dado a este tipo de cáncer. En ese sentido las acciones priorizadas para los otros tipos de cáncer son de gran importancia para revertir o desacelerar la tasa de mortalidad de los cánceres priorizados.

Gran parte de las altas tasas de mortalidad en cáncer responde a que se realizan diagnósticos de forma tardía, lo que lleva que se complique el manejo de la enfermedad afectando los resultados de los tratamientos. Hay ciertos tipos de cáncer como el gástrico que son de difícil diagnóstico a no mostrar síntomas específicos²⁹.

Por otra parte, se estima que solamente el 42% de los pacientes con cáncer de mama son diagnosticados tempranamente, llevando a que se reduzca la efectividad de los tratamientos³⁰. Con respecto a cáncer de pulmón, se estima que el 70% de los diagnósticos se realizan tardíamente en América Latina³¹.

29 Gomez, M., Riveros, J., Ruiz, O., Concha, A., Angel, D., Torres, M., ... Sabbagh, L. (2015). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30n1/v30n1a05.pdf>
30 (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2016)
31 Racz, L., & et al. (2017). Challenges in Facing the Lung Cancer Epidemic and Treating Advanced Disease in Latin America. Clin Lung Cancer, e71-e79. doi:10.1016/j.clcc.2016.05.003

En términos generales el acceso limitado a pruebas de diagnóstico que sean oportunas y de calidad y las fallas en el seguimiento de los pacientes hacen parte del diagnóstico tardío.³²

En Colombia, por ejemplo y según los datos reportados por la Cuenta de Alto Costo³³, hay grandes inequidades entre los regímenes contributivo y subsidiado, lo cual profundiza la falta de acceso y diagnóstico de los pacientes, en el caso del cáncer de mama la CAC reporta que frente a los tiempos entre sospecha médica y diagnóstico "en el contributivo la mayor cantidad de casos se encontraban entre el rango de los 15 a los 29 días de espera, mientras para el subsidiado el principal rango fue el de 20 a 59 días".

En el mismo documento la institución señala que el cáncer de próstata, cérvix y el melanoma constituyen los tipos de cáncer de peor oportunidad de diagnóstico y de inicio de tratamiento, "superando entre ambos hitos los 140 días en promedio".

Frente al aumento de las cifras y el cambio en la carga de la enfermedad por cáncer es necesario contar con sistemas de información y datos a los cuales se les haga seguimiento continuo para que la toma de decisiones en salud sea basada en evidencia.

PLAN NACIONAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER 2012-2022

En el 2012 Colombia expidió el Plan Nacional para el Control del Cáncer (PNCC) el cual tiene un plazo de implementación de diez años para su posterior actualización en 2021. El principal objetivo del PNCC es reducir la carga económica y social del cáncer en el país, así como también las tasas de incidencia y mortalidad de la enfermedad³⁴.

A casi diez años de su expedición vale la pena preguntarse si se ha hecho un seguimiento adecuado a las metas trazadas, así como a la implementación del mismo. Algunos de los desafíos y las limitaciones que los autores de un estudio formal al PNCC identificaron³⁵, incluyen:

- Hay una desigualdad entre regiones para acceder a servicios oncológicos y hay un problema de articulación entre los actores para cubrir las necesidades. Hay grandes desafíos especialmente para diagnóstico y tratamientos. Esta desigualdad ocurre debido a que los servicios oncológicos están disponibles principalmente en las grandes ciudades. Estos datos son confirmados por las últimas cifras presentadas por la Cuenta de Alto Costo³⁶.
- Hay una distribución ineficiente de prestadores y servicios disponibles y de capacidades. La atención integral puede incluir mejores estrategias que comuniquen y eduquen a médicos y a la población. También es importante conocer las particularidades de cada territorio para ejecutar acciones enfocadas a las necesidades. Hay una brecha de especialistas en ciudades apartadas que requiere atención para alcanzar la equidad.

32 El acceso se entiende como la disponibilidad del servicio para los ciudadanos y que este sea accesible para ellos en términos económicos, de tiempo y geográficos
33 Cuenta de Alto Costo, 2019. Libro situación del cáncer en adultos en el SGSSS 2018.
34 Plan Nacional para el Control del Cáncer 2018-2022.
35 (Vergara-Dagobeth, Suarez-Causado, & Gómez-Arias, 2017)
36 2019. Cuenta de Alto Costo. Libro Situación de cáncer en adultos en el SGSSS.

• Es necesario pensar en una manera de asignación de recursos más eficiente que permita garantizar la implementación de las disposiciones, no solo del Plan sino también de la Ley de Cáncer.

• El desarrollo del talento humano es clave para garantizar la atención adecuada y con buenos resultados. El fortalecimiento del personal se garantiza a través de mejores ofertas de educación especializada.

• El sistema de monitoreo y evaluación debe ser fortalecido para permitir la toma de decisiones informadas. Un buen sistema de monitoreo debe ser multisectorial y participativo.

• El acceso a los tratamientos para el cáncer presenta algunas desigualdades que impactan a las personas según su nivel socioeconómico y su afiliación al sistema.³⁷

A pesar de los estudios académicos sobre las barreras y retos que ha presentado el PNCC y de que lleva siendo implementado desde 2012, no se le ha realizado un seguimiento en términos de metas y resultados anuales que permita tomar decisiones frente a los cambios en la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo que han llevado al aumento en la carga de la enfermedad de un número importante de cánceres.

Los desafíos y limitaciones del PNCC y en consecuencia de la aplicación del marco normativo existente, afectan de manera específica la atención y el cuidado apropiado del cáncer en el país.

Considerando el panorama del cáncer en el país y el principal objetivo de reducir la carga del cáncer en Colombia, los aspectos primordiales a considerar incluyen la priorización de la prevención, el acceso oportuno al diagnóstico, y la revisión de los tratamientos y medicamentos disponibles con el fin de asegurar la mejor opción según la condición clínica del paciente y la prestación de los servicios a los pacientes de forma coordinada, integral e interdisciplinaria.

En conclusión, los cambios en la morbilidad y la mortalidad del país, propios de los cambios en los estilos de vida y la demografía plantean nuevos retos en salud. Existen hoy en día cánceres cuya carga de la enfermedad va en aumento, por lo que deben abordarse de forma priorizada. La ley y la política pública tienen la oportunidad de hacer frente a estos retos.

3. MARCO JURÍDICO

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

37 2019. Cuenta de Alto Costo.

<p><i>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.</i>" (cursiva y subraya fuera de texto).</p> <p>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) <u>La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</u> d) <u>La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</u>" (cursiva y subraya fuera de texto).</p> <p>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: <u>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</u>". (cursiva y subraya fuera de texto).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES</p> <p>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,</p>	<p><i>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."</i></p> <p>Protección constitucional reforzada de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer</p> <p>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.</p> <p>En su interpretación de la Carta política ha creado las siguientes subreglas jurisprudenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso sin obstáculos y oportuno al tratamiento integral, es decir que quien es afectado por una enfermedad catastrófica o ruinoso 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: <p>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.</p> <p>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,</p>
<p><i>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".</i> (Sentencia T-057 de 2013)</p> <p>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.</p> <p>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 caso de pacientes que se encuentran en estadios avanzados de su enfermedad."</p> <p>FUNDAMENTOS LEGALES</p> <p>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:</p> <p>"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".</p> <p>De igual modo, la Ley Estatutaria estipula como obligaciones para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, entre otras, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema. Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio. 	<p>d) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

4. NATURALEZA DEL PROYECTO OBJETO

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 se determine la alta carga como factor para la priorización de los cánceres, respondiendo a los cambios que está experimentando el 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.

5. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley tiene 15 artículos divididos en III capítulos. Cada artículo se justifica de la siguiente manera:

Artículo	Justificación
Art. 1. Objeto de la ley.	El proyecto de ley adopta el enfoque de carga de la enfermedad, en tanto que, permite contar con una evaluación más rigurosa de los problemas de salud de una población y no se concentra únicamente en la mortalidad, sino también vincula las secuelas de las diferentes enfermedades y el impacto que éstas generan en la calidad de vida de las personas. Por otro lado, el indicador de carga de la enfermedad se establece como un indicador compuesto que logra cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar de oro, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad. En este sentido, este enfoque permite garantizar un acercamiento estándar para la evaluación epidemiológica y permite hacer comparaciones entre diferentes regiones y territorios. A su vez, permite: a) establecer prioridades en el sistema de salud, b) identificar grupos desfavorecidos en el sistema de salud y dirigir los esfuerzos a su atención, c) contar con una medida comparable para las intervenciones y programa de salud pública, así como para la evaluación de resultados ³⁸ . Como resultado, lo anterior se establece como una herramienta de gran utilidad para contar con mecanismos más eficientes para el uso de los recursos asignados a la atención del cáncer de alta carga en el país, realizar un seguimiento a las brechas y

³⁸ Peñaloza Quintero, R., Salamanca Balen, N. and Rodríguez Hernández, J. (2014). Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana.



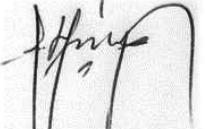




	problemáticas de los pacientes con cánceres de gran impacto y lograr una atención integral de los mismos.
Art. 2. Principios	En términos de los principios, la Ley 1384 de 2010 o Ley Sandra Ceballos, incluye el respeto y garantías al derecho de la vida, preservando el criterio en donde las autoridades de salud deberán propender por la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente. Si bien lo planteado por esta Ley de la República es muy loable, el autor de esta iniciativa considera que deben contemplarse e incluirse en la reforma a la Ley, derechos de primera generación como el derecho a la vida y de segunda generación como la salud, en donde aspectos como la accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia deben ser integrados efectivamente a la atención de los pacientes con cáncer en el país. En este sentido, la tarea de las autoridades estaría guiada por los anteriores preceptos y se integraría a los criterios de prevención y detección temprana, diagnóstico oportuno y acceso a todos los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.
Art. 3. Campo de aplicación	La presente iniciativa amplía el campo de aplicación a toda la población afiliada al Sistema de Salud, tal y como reza en la Ley 1384 de 2010 o Ley Sandra Ceballos e incluye una adición en donde se establece que los servicios se prestarán 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 para delimitar aún más su aplicación.
Art. 4. Definiciones	Se incluyen las definiciones que plantean los textos académicos y científicos sobre carga de la enfermedad, incluyendo los indicadores que miden las brechas entre el estado ideal y la situación real de los pacientes, así como los que estiman la esperanza de vida ajustada según las discapacidades tales como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS 2. Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura– AVMPM 3. Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD De igual manera, se incluyen conceptos básicos de salud pública como lo son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia 2. Prevalencia

	<p>3. Mortalidad</p> <p>Finalmente, se incluye los cánceres priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3339 del 11 de diciembre de 2019 y que recoge anteriores normas concordantes, la cual incluye un total de once (11) tipos de cáncer que atienden a perspectivas epidemiológicas, de carga de la enfermedad y del interés de salud pública:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Cáncer de mama ii) Cáncer de cuello uterino iii) Cáncer de colon y recto iv) Cáncer de estómago v) Cáncer de próstata vi) Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón vii) Leucemia linfocítica aguda en niños viii) Leucemia linfocítica aguda en adultos ix) Leucemia mieloide aguda en niños x) Leucemia mieloide aguda en adultos xi) Linfoma no Hodgkin en adultos
Art. 5. Adiciona el parágrafo 4 al artículo 5 de la Ley 1384 de 2010	<p>El artículo establece la necesidad de desarrollar 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, en tanto que diferentes estudios sugieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un aumento progresivo del número de casos reportados a 2018³⁹, que asciende al 59% con respecto al número total de casos reportados al 2015. - Brechas entre regímenes encontradas a partir de los reportes de la Cuenta de Alto Costo: se evidencia que los indicadores de gestión del riesgo de cáncer por renglón de aseguramiento que se hace para cada tipo de cáncer muestran "una marcada diferencia entre los regímenes subsidiado y contributivo, siendo este último el que presenta un mejor desempeño sin que ello signifique una gestión que cumpla la meta deseada"⁴⁰. - La necesidad de que al paciente le realicen una detección temprana, diagnostiquen oportunamente y traten integralmente, que se traducen en barreras para un diagnóstico tardío⁴¹ que dificulta un manejo apropiado y en muchos casos desenlaza en la muerte del paciente. - La detección temprana debe ser un mecanismo estandarizado en todos los niveles que contribuya directamente al aumento de las tasas de supervivencia

³⁹ Cuenta de Alto Costo (CAC). (2019). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSS de Colombia 2018. Bogotá: Cuenta de Alto Costo. Recuperado el 07 de 2018, de https://cuentadealcosto.org/sitios/images/Libro%20C%C3%A1ncer%202015/Situacion_Cancer_Poblacion_Adulta_Web%20actualizacion_2016.pdf

⁴¹ Arias Ortiz, N., & de Vries, E. (2018). Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional. Colombia Médica. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es_1657-9534-cm-49-01-00063.pdf

	del cáncer. Se materializa asegurando la accesibilidad a centros con capacidad diagnóstica especializada.
Art. 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad	Se requiere resolver las inequidades entre las zonas urbanas y rurales del país, en tanto que éstas, inciden en la tasa de mortalidad por cáncer y se asocian con el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y en muchos casos al nivel educativo de los pacientes. Adicionalmente, los textos académicos que han estudiado la carga de la enfermedad reafirman que existen inequidades en las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer relacionadas con la posición socioeconómica y el régimen de aseguramiento.
Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos	La disponibilidad, 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, es uno de los aspectos más importantes a considerar en el tratamiento de los pacientes, ya que hoy las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) e IPS, no reciben redistribución de recursos por concentración de pacientes con cáncer. De manera que, es necesario garantizar un tratamiento integral y completo para la enfermedad que se ajuste no sólo al criterio médico, sino también a los recursos que asignen a enfermedades de carga de la enfermedad, como en este caso, es el cáncer y específicamente los priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Frente a los indicadores de proceso establecidos por la Cuenta de Alto Costo, es importante anotar que, estos van de la mano con la atención integral y la adecuada implementación de los planes, brinda mayores oportunidades para la mejora del diagnóstico y tratamiento del paciente.
Artículo 8. Adiciona el parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1384 de 2010	La medición de resultados y desenlaces clínicos se ha convertido en un factor determinante para medir el impacto de un tratamiento y de la política pública en sí misma. Por tal razón, la gestión integral del riesgo que se haga y los reportes que se establezcan para el seguimiento y monitoreo resulta determinante para todos los actores del sistema de salud. Es de resaltar que, hoy las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Compensar (EOC) e IPS, no están obligadas a reportar los resultados y desenlaces clínicos y por lo tanto lo hacen de manera opcional al sistema. A través de estos reportes, se podrá lograr el fortalecimiento y la implementación adecuada de los

	<p>mecanismos de monitoreo y evaluación de los planes de gestión del riesgo, lo cual incide también en el mejoramiento del proceso de toma de decisiones relacionado con la prevención y atención del cáncer.</p>	<p>Artículo 11. Adiciona el parágrafo 2 al artículo 18 de la Ley 384 de 2010:</p>	<p>oportunidades para que los especialistas puedan atender a esta demanda creciente.</p>
<p>Artículo 9. Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados.</p>	<p>El artículo responde a una necesidad apremiante de aumentar el número de profesionales capacitados en cáncer y relacionados tales como oncólogos, hematooncólogos, radioterapeutas, enfermeras oncólogas, entre otros, para garantizar una oferta equitativa en los territorios, atender a las necesidades identificadas en las regiones y formar nuevas generaciones de profesionales en el país para la atención de una enfermedad que va en aumento. La realidad hoy es que, la demanda supera la oferta, razón por la cual es menester incluir mecanismos para la formación de oncólogos y hematooncólogos para responder a la demanda y reducir los tiempos de atención en los diferentes niveles. A su vez, esta disposición contribuye a disminuir las demoras en la atención temprana del paciente y su posterior diagnóstico. En términos del fortalecimiento del rol de las sociedades científicas, es necesario elevar el nivel de conocimiento con lo que cuentan estas instituciones para que sea transmitido y diseminado a la comunidad de oncólogos y profesionales relacionados, con el fin de que éstos conozcan sobre los tratamientos disponibles para los pacientes y las mejores prácticas en detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para los pacientes con cáncer.</p>	<p>Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER).</p>	<p>Un imperativo para el tratamiento integral del cáncer es el acceso a las terapias disponibles para el adecuado manejo de la enfermedad. Actualmente, Colombia cuenta con varias terapias para el tratamiento del cáncer; sin embargo, algunas de ellas no son las más vigentes o no corresponden a las más eficientes para tratar la enfermedad. Esta situación ha generado que, se presente un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, así como el uso ineficiente de los presupuestos públicos, en tanto que no se logran los resultados en salud esperados. Para abordar este desafío de política pública, es necesario asegurar la disponibilidad y el acceso a las terapias disponibles para el tratamiento del cáncer según las condiciones clínicas del paciente y estadio de la enfermedad. Lo anterior, presupone un reto mayor ya que se deben lograr consensos entre los diferentes actores tales como 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, para que entre todos se definan las mejores opciones para los pacientes en términos de valor y desenlaces clínicos (protocolos de atención).</p>
<p>Artículo 10. Adiciona el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2020</p>	<p>El artículo responde a una necesidad de mejora de la oferta de unidades de oncología para el suministro de medicamentos quimioterapéuticos e inmunoterapéuticos. En la actualidad, la oferta está concentrada en los hospitales de tercer nivel, los cuales cuentan con la infraestructura adecuada para el tratamiento de la enfermedad, pero no necesariamente cuenta con la cobertura en las zonas de más difícil acceso o más apartadas. Por lo tanto, para responder a este reto debe ampliarse la oferta a hospitales de segundo nivel para que, desde las consultas a servicios de medicina familiar e interna pueda lograrse una detección temprana, un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral. De igual manera, la amplia demanda de servicios oncológicos obliga a repensar la manera en la cual se atienden a los pacientes, razón por la cual se busca involucrar a los hospitales de segundo nivel en la realización de servicios de suministro de medicamentos quimioterapéuticos e inmunoterapéuticos para descongestionar la atención y brindar mayores</p>	<p>Artículo 13. Reporte de información de los pacientes con cáncer</p>	<p>Uno de los consensos alrededor de la comunidad científica y médica es que debe contarse con herramientas para el monitoreo y seguimiento de los tiempos para el diagnóstico, el acceso al tratamiento, cuidado paliativo y atención integral y los resultados en salud de los pacientes. En una revisión detallada sobre esta función, se encuentra una oportunidad de mejora para crear y fortalecer el sistema de vigilancia y monitoreo para la gestión del cáncer (SIVICANCER). Por tal motivo, se faculta al Instituto Nacional de Salud y a la Cuenta de Alto Costo para llevar la dirección y coordinación técnica del registro y en una acción coordinada con el Ministerio de Salud y Protección Social crear mecanismos para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica). 2. Verificar la calidad de los datos, definir los alcances y fortalecer los mecanismos existentes para la recolección de los datos. 3. Garantizar que, a partir de las bases de datos e información disponible de las EPS, EAPB/EOC e IPS, se
<p>desarrollen estrategias para el seguimiento y gestión del riesgo del paciente con cáncer.</p>	<p>Estas funciones, se interrelacionan con las ya establecidas por la normatividad vigente, en lo relacionado con el análisis de información sobre la situación de salud de la población colombiana a fin de hacer propuestas de política para la toma de decisiones, la participación en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud pública, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y la elaboración de los diagnósticos que determinen eventuales riesgos en salud pública, que estén asociados a desastres de cualquier tipo u origen.</p>	<p>iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".</p>	<p>De los honorables representantes,</p> <p> JUAN CARLOS REINALES AGUDELO REPRESENTANTE A LA CÁMARA</p> <p>JUAN CARLOS REINALES AGUDELO Representante a la Cámara</p>
<p>Artículo 14. Vigencia y derogatorias</p>	<p>El artículo establece su vigencia a partir de su sanción y publicación y a su vez, deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p> JUAN DIEGO ECHAVARRIA Representante a la Cámara</p> <p> HENRY FERNANDO CORREAL Representante a la Cámara</p>	
<p>6. IMPACTO FISCAL</p>		<p> FABER MUÑOZ CERON Representante a la Cámara</p> <p> JHON ARLEY MURILLO B. Representante a la Cámara</p> <p> FLORA PERDOMO ANDRADE Representante a la Cámara</p> <p> KELYN GONZÁLEZ DUARTE Representante a la Cámara</p>	
<p>De conformidad con el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de las entidades competentes. Es relevante mencionar, para el caso en concreto, que no obstante lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que:</p> <p>"el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando: "En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo". "(...) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las</p>			

ANDRÉS DAVID CALLE
Representante a la Cámara

HARRY GIOVANNY GONZÁLEZ GARCÍA
Representante a la Cámara

NUBIA LÓPEZ MORALES
Representante a la Cámara

ALEJANDRO VEGA PÉREZ
Representante a la Cámara

RODRIGO ROJAS LARA
Representante a la Cámara

CARLOS EDUARDO COSTA LOZANO
Representante a la Cámara

HERNÁN GUSTAVO ESTUPIÑÁN CALVACHE
Representante a la Cámara

VÍCTOR ORTIZ
Representante a la Cámara

CARLOS JULIO BONILLA SOTO
Representante a la Cámara

CRISANTO PISSO MAZABUEL
Representante a la Cámara

OMAR DE JESUS RESTREPO C.
Representante a la Cámara

ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
Representante a la Cámara

ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO
Representante a la Cámara

JOHN JAIRO ROLDAN AVENDAÑO
Representante a la Cámara

ELIZABETH JAY-PANG DIAZ
Representante a la Cámara

SILVIO CARRASQUILLA TORRES
Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY NÚMERO 259 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se modifica el artículo 347 de la Ley 599 de 2000.

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2020

“Por medio del cual se modifica el artículo 347 de la ley 599 de 2000”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA

Artículo 1º. Modifíquese el artículo 162 de la ley 599 de 2000 el cual quedará así:

ARTICULO 347. AMENAZAS. *El que por cualquier medio atemorice o amenace a una persona, familia, comunidad o institución, con el propósito de causar alarma, zozobra o terror en la población o en un sector de ella, incurrirá por esta sola conducta, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y multa de trece punto treinta y tres (13.33) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

Si la amenaza o intimidación recayere sobre un miembro de una organización sindical, periodista, profesional de la salud o sus familiares, en razón o con ocasión al cargo o función que desempeñe, la pena se aumentará en una tercera parte.

Artículo 2º. Vigencia. Esta norma entrará a regir desde el momento de su promulgación.

MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de ley se centra en la situación que está viviendo hoy en día todo el personal médico en nuestro país, a causa de la pandemia del COVID-19, en el entendido de que esta población ha sido víctima de amenazas por el hecho de no poder contener el virus, o peor aún, por estar tratando pacientes que lo padecen, razones por las cuales las demás personas consideran que son un foco de contagio en todos los entornos.

Es por lo anterior que, con esta iniciativa, se busca crear un agravante en la pena poniéndolos en igualdad de condiciones con personas que hacen parte de organizaciones sindicales y periodistas, ya que al ser profesiones que buscan dignificar la salud y proteger la vida de las personas, en distintos grados, poseen un nivel de riesgo, el cual se traslada del entorno laboral al personal, siendo estos los primeros responsables con lo que pueda ocurrir con sus pacientes.

I. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

De conformidad con la Constitución Política de Colombia en su artículo 22, la paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento; según la UNESCO, la paz es un concepto amplio y positivo que engloba el derecho a ser educado en y para la paz; el derecho a la seguridad humana y a vivir en un entorno seguro y sano¹.

En el caso de las amenazas, el derecho a la paz de cada persona se ve violentado en el sentido de que la víctima vive un momento de zozobra e inseguridad que lo afecta en todos sus entornos. Pero esta conducta afecta otros bienes jurídicos protegidos, dependiendo cada caso en particular, y en el caso de los profesionales de la salud, debido a la naturaleza de su profesión, son más propensos a recibirlos, al igual que los periodistas o los trabajadores sindicalizados

A. Constitución Política de Colombia.

PREÁMBULO: El pueblo de Colombia, en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y

¹ Tomado de <http://www.unesco.org/archives/multimedia/document-2800>

con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente:

ARTÍCULO 1. 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.

ARTÍCULO 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

ARTÍCULO 22. La paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento.

ARTÍCULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

ARTÍCULO 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

B. Leyes.

LEY ESTATUTARIA No. 1751 del 2015

ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

[...]

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

[...]

Tabla 1: Comparación normativa²

B. Contexto Nacional.

En los primeros cinco meses del año 2020, según informe de la Policía Nacional, se presentaron un total de 12.692³ denuncias por amenazas en todo el país, en las cuales se han visto inmersos 73 profesionales de la salud (47 médicos y 26 enfermeros)⁴ a causa de su profesión. Esto, debido a la difícil situación que se vive en el mundo entero por la pandemia del COVID-19, y que en Colombia ya ha dejado un saldo de 218.428 contagiados y 7.373 muertes⁵.

Debido a lo anterior, se han presentado una serie de renuncias por parte de estos trabajadores, los cuales temen por sus vidas y las de sus familias; sin tener en cuenta el sinnúmero de casos de discriminación que están sufriendo por el solo hecho de atender a los pacientes del virus, por ejemplo, no ha sido pocos los casos registrados en los cuales, en unidades residenciales, vecinos gritan improprios al personal de la salud.

C. Justificación del aumento de la pena.

Si bien es cierto que el delito de amenaza ya está tipificado en la Ley, no podemos dejar a un lado que en el segundo inciso de la norma se establecen dos circunstancias de agravación cuando la conducta se presente en trabajadores miembros de asociaciones sindicales, periodistas y/o sus familiares, ya que, debido al riesgo de su profesión, tienden más a sufrir de este flagelo.

Ahora bien, la salud como derecho fundamental autónomo integra la obligación del Estado de asegurar la prestación eficiente y universal de un servicio público de salud que permita a todas las personas preservar, recuperar o mejorar su salud física y mental para garantizar el desarrollo pleno y digno del proyecto de vida de cada persona⁶.

Es ahí donde se fundamenta esta iniciativa, debido a que la función que desempeñan los trabajadores del sector salud también lleva consigo un riesgo de carácter social que recae directamente en sus manos por tener inmersa la responsabilidad de proteger el derecho

² Tabla 1.

³ Tomado de: <https://www.policia.gov.co/contenido/amenazas-2020-0>

⁴ Tomado de: <https://noticias.canal1.com.co/nacional/cuantos-medicos-han-sido-amenazados-durante-pandemia/>

⁵ Tomado de: <https://covid19.minsalud.gov.co>

⁶ Sentencias: T-358 de 2003, M.P. Jaime Araujo Rentería; T-671 de 2009, M.P. Jorge Ignacio Pretelt y T-104 de 2010, M.P. Jorge Iván Palacio.

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los I servicios salud.

II. OBJETO DE LA LEY

A. Análisis comparado del cambio normativo.

Es pertinente evidenciar cuáles son los cambios propuestos por este proyecto de ley a la actual norma del código penal, se ilustra con la tabla siguiente:

ARTICULO ORIGINAL	PROYECTO DE LEY
<p>ARTICULO 347.</p> <p>AMENAZAS.</p> <p>El que por cualquier medio atemorice o amenace a una persona, familia, comunidad o institución, con el propósito de causar alarma, zozobra o terror en la población o en un sector de ella, incurrirá por esta sola conducta, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y multa de trece punto treinta y tres (13.33) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.</p> <p>Si la amenaza o intimidación recayere sobre un miembro de una organización sindical, un periodista o sus familiares, en razón o con ocasión al cargo o función que desempeñe, la pena se aumentará en una tercera parte.</p>	<p>Artículo 1º. Modifíquese el artículo 162 de la ley 599 de 2000 el cual quedará así:</p> <p>ARTICULO 347. AMENAZAS. El que por cualquier medio atemorice o amenace a una persona, familia, comunidad o institución, con el propósito de causar alarma, zozobra o terror en la población o en un sector de ella, incurrirá por esta sola conducta, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y multa de trece punto treinta y tres (13.33) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.</p> <p>Si la amenaza o intimidación recayere sobre un miembro de una organización sindical, periodista, profesional de la salud o sus familiares en razón o con ocasión al cargo o función que desempeñe, la pena se aumentará en una tercera parte.</p> <p>Artículo 2. Vigencia. Esta norma entrará a regir desde el momento de su promulgación.</p>

fundamental a la salud de cada persona, garantía para llevar una vida digna y poder gozar de otros derechos fundamentales.

Todo procedimiento médico tiene riesgos. El problema actual es que se tiende a trasladar dicho riesgo al médico, sin una razón suficiente. Anteriormente el enfermo era consciente de su estado y asumía las consecuencias del tratamiento, sin inculpar al médico por el fracaso. Era una posición responsable que se basaba en el principio de la buena fe recíproca: el paciente era sincero con el médico y le descubría su cuerpo y alma; iba a él en busca de ayuda y confiaba en que el médico, a su vez, haría lo que estuviera a su alcance para obtener la recuperación de la salud. Si no se lograba, no había reclamo. Ambos sabían que se había intentado y hecho todo lo posible⁷.

Por lo anterior, se estima conveniente un grado mayor de protección a este gremio que, por la naturaleza de su función, tiene una mayor presión social frente a otras profesiones, ya que en la mayoría de los casos que conocen está en juego la vida de las personas, y por la dificultad de estos, poseen una obligación de medios y no de resultado. Además, gracias a la Emergencia Sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, este riesgo se intensifica por el gran número de personas que está falleciendo en los centros de salud por una enfermedad que hasta el momento no tiene tratamiento ni cura; y si a esta situación se le suma la falta de insumos médicos que presenta el sistema, el número de decesos tiende a aumentar cada día; siendo estos profesionales los primeros en ser condenados anticipadamente y por ende en recibir injustificadamente el rechazo social, aspecto que está desencadenando una serie de intimidaciones hacia ellos y su núcleo familiar.

III. CONSIDERACIONES FINALES

Este proyecto de ley pretende enviar un mensaje doble: (i) el primero, que el Estado castigará con penas ejemplarizantes a todos los responsables del delito de amenaza contra profesionales de la salud por el cumplimiento de sus labores; y (ii) el segundo, que se debe crear conciencia en los colombianos para que se solidaricen con los profesionales de la salud que exponen cada segundo su vida y la de sus familias para garantizar el bienestar general de la sociedad y mejorar la calidad de vida de cada una de las personas que acuden ante ellos por algún padecimiento

Por todo ello, Honorables Congresistas, se encuentra a consideración de ustedes el presente proyecto de ley, por el cual se agravan las amenazas en contra de los profesionales de la salud en el artículo 347 de la ley 599 del 2000.

⁷ Guzmán, F. 2011. El concepto de riesgo en medicina. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000200011

De los Honorables Congresistas,


MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
 Representante a la Cámara
 Partido Centro Democrático

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 260 DE 2020
CÁMARA**

por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY No. ____ DE 2020

“Por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular la práctica de los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos de que trata el literal a) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, y establecer disposiciones relacionadas con los registros, insumos y medicamentos aplicados a los pacientes con el fin de proteger la salud y la vida de los mismos.

Se excluyen de la presente ley los procedimientos no médicos no invasivos, es decir, a procedimientos estéticos, cosméticos, odontológicos, de enfermería o de cualquier otro orden autorizados en Colombia.

Artículo 2. Principios y valores. Para efectos de la aplicación e interpretación de la presente ley se tendrán en cuenta los principios y valores contenidos en los artículos 35 y 36 de la Ley 1164 de 2007, así como la autonomía profesional en los términos señalados en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

Artículo 3. De los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos. Para efectos de la presente ley, enténdase por procedimiento médico con fines estéticos aquel que utiliza dispositivos médicos, medicamentos o fármacos tópicos o inyectables que afectan la piel o el tejido adyacente anatómicamente íntegro (sano) con la finalidad de modificar o embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo.

Y enténdase por procedimiento quirúrgico con fines estéticos todo aquel en el que se practique una incisión en la piel y manipulación de órganos o tejidos anatómicamente íntegros (sanos) con la finalidad de modificar y embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo.

Parágrafo. El uso de los dispositivos médicos con fines estéticos será reglamentado por el Ministerio de Salud, de acuerdo a la tecnología y avances del sector, que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados.

formales en la práctica de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos otorgado por Institución de Educación Superior reconocida según la ley colombiana. Si el título fue obtenido en el exterior, deberá contar con la previa convalidación del mismo ante la autoridad competente.

Parágrafo. En el evento aquí señalado, se debe inscribir como especialista en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, ReTHUS, aportando sus datos de títulos académicos, ejercicio, experiencia profesional y demás información que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dicho registro será público con el fin de que los usuarios puedan consultar la formación profesional del médico que le realizará el procedimiento médico y/o quirúrgico estético deseado.

El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la actualización del registro de acuerdo a lo establecido en el artículo 12 de la presente ley.

Artículo 6. Condiciones para los Prestadores de Servicios de Salud. Podrán ofrecer y practicar procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos, los Prestadores de Servicios de Salud del tipo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y prestadores independientes, siempre y cuando cumplan integralmente con los estándares y criterios de habilitación vigentes.

Para la práctica de los procedimientos a que se refiere esta ley los prestadores deberán, previamente, cumplir las condiciones de infraestructura higiénico sanitarias establecidas en el título IV de la ley 9 de 1979, en la resolución 4445 de 1996, en la Resolución 2003 de 2014, decretos reglamentarios y demás normas que los modifiquen. Además, deben obtener la respectiva habilitación.

El prestador deberá garantizar la continuidad del manejo postoperatorio del paciente por parte del especialista que realizó el procedimiento.

Las clínicas, centros médicos, especialistas independientes e instituciones prestadoras de salud donde se practiquen los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos regulados por la presente ley, deberán contar con el certificado de habilitación para el servicio respectivo, establecido por el sistema único de habilitación, y las normas que lo regulan.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios del grupo quirúrgico de cirugía ambulatoria, baja complejidad, mediana y alta complejidad que contemplen ofrecer y practicar procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos, serán objeto de visita de habilitación previa a la apertura de dichos servicios por parte de la autoridad de salud correspondiente.

Parágrafo 2. Los prestadores independientes, en la consulta externa especializada, sólo

Dicha clasificación deberá especificar cual es el personal médico y no médico autorizado para hacer uso de estos.

CAPÍTULO II

DE LAS CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS CON FINES ESTÉTICOS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN.

Artículo 4. Condiciones para la práctica de procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos. Los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos que se practiquen en Colombia deberán cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Realizarse por quienes acrediten los requisitos contenidos en el artículo 5° de la presente ley.
- b) Contar con un recinto que disponga de la habilitación para realizar el respectivo procedimiento médico y/o quirúrgico con fines estéticos.
- c) Utilizar los insumos, dispositivos y medicamentos autorizados en el país, en los términos del artículo 9° de la presente ley.
- d) Contar con el consentimiento informado del paciente en los términos definidos en el artículo 10° de la presente ley.
- e) Suscribir póliza, según lo establecido en el artículo 11° de la presente ley.

Parágrafo. Toda práctica que se realice sin tener en cuenta alguna de las condiciones aquí señaladas se considerará como ejercicio ilegal de la profesión y es susceptible de las sanciones previstas en la ley.

Artículo 5. Requisitos para la práctica de procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos. Sólo podrán practicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos, los médicos autorizados para el ejercicio de la profesión en Colombia que cumplan el siguiente requisito:

- 1. Para practicar procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos se debe tener título de especialista, en especialidad médico quirúrgica que incluya competencias

podrán ofrecer y realizar procedimientos propios de dicho ámbito de servicio, conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, definirán las áreas de competencia de ejercicio profesional en salud, que sean comunes entre las descritas en la presente ley, con el fin de reglamentar las disposiciones contenidas en el parágrafo segundo del este artículo dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 7. Guías de la práctica clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría de las Sociedades Médicas Científicas, deberá realizar, actualizar y emitir guías de práctica clínica en procedimientos quirúrgicos con fines estéticos que brinden el máximo de seguridad a los pacientes.

Artículo 8. Deberes del paciente. Con el fin de coadyuvar con la práctica responsable de los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos, los pacientes tendrán como mínimo los siguientes deberes:

- a) Informarse sobre la formación profesional del médico que realizará el procedimiento, con el fin de determinar si tiene título en medicina y especialización en el campo consultado por el paciente.
- b) Solicitar al médico toda la información sobre el procedimiento a practicar, sus recomendaciones y sus riesgos.
- c) Consultar y verificar si el lugar donde se practicará el procedimiento tiene las habilitaciones correspondientes.
- d) Poner en conocimiento ante las autoridades las irregularidades encontradas en la información recibida.

Artículo 9. De los insumos, dispositivos y medicamentos.

Los insumos, dispositivos y medicamentos en salud utilizados o prescritos para la práctica de los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos deberán estar autorizados por la autoridad competente, según corresponda.

Se prohíbe el uso de sustancias o procedimientos que no tengan evidencia científica suficiente.

Se prohíbe el uso de sustancias que no tengan el adecuado registro sanitario dado por

<p>autoridad correspondiente.</p> <p>Artículo 10. Consentimiento informado. Como complemento del artículo 10º, literal d), de la Ley 1751 de 2015, todos los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos requerirán de consentimiento informado del paciente. Dicho documento deberá ser firmado con un mínimo de 24 horas de anticipación a la hora programada para el procedimiento, y deberán quedar explícitos los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nombre, número de identificación y firma del profesional de la salud que practica el procedimiento. Nombre, número de identificación y firma del paciente. Institución, sede y fecha en la que se va a practicar el procedimiento. Información veraz sobre los dispositivos médicos utilizados durante el mismo. La información deberá ser suficiente, oportuna, completa, asequible, veraz y relacionada con el tipo de procedimiento a practicar, destacando los beneficios y las posibles complicaciones y consecuencias que se pueden presentar en cualquier tiempo. Constancia de que el paciente ha sido informado de las alternativas existentes para practicar el procedimiento. Descripción de la forma en que el prestador posibilitará la continuidad en el manejo del postoperatorio. Toda otra información que resulte relevante para la comprensión del procedimiento que se va a practicar. <p>Artículo 11. Pólizas. Los prestadores de servicios de salud que ofrezcan o practiquen procedimientos quirúrgicos con fines estéticos deberán suscribir una póliza para beneficio del paciente, que ampare los gastos médicos, hospitalarios, quirúrgicos, no quirúrgicos y farmacéuticos derivados de las complicaciones de dichos procedimientos, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto expida la Superintendencia Financiera de Colombia. En todo caso los gastos médicos, hospitalarios, quirúrgicos, no quirúrgicos y farmacéuticos derivados de las complicaciones de dichos procedimientos no se podrán cobrar o gestionar a cargo del aseguramiento contributivo y subsidiado.</p> <p>Lo anterior sin perjuicio de las demás pólizas o seguros previstos en las normas vigentes.</p> <p>Parágrafo. Los prestadores del servicio de salud que practiquen estos procedimientos sin dar cumplimiento al presente artículo, responderán solidariamente por los gastos médicos hospitalarios, quirúrgicos, no quirúrgicos y farmacéuticos derivados de las complicaciones de dichos procedimientos, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar por el desarrollo de una práctica ilegal.</p>	<p>Artículo 12. Del reporte, seguimiento y análisis de la información. Los casos de mortalidad y eventos adversos asociados a los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos, serán considerados como eventos de interés en salud pública, por lo cual las instituciones que practiquen dichos procedimientos deberán reportarlos a las autoridades de inspección, vigilancia y control para su investigación, análisis y adopción de medidas de control pertinentes.</p> <p>Las mismas entidades deberán reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS de los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos, a las entidades departamentales o distritales de salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social para análisis, monitoreo, e identificación de riesgos, vigilancia y control de la prestación de servicios, según corresponda.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el presente artículo dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO</p> <p>Artículo 13. Publicidad de procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos. Toda información en la que se ofrezca o promocióne la práctica de procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos por cualquier medio de divulgación, publicidad e información, deberá incluir la información suficiente y veraz del médico y/o de la Institución Prestadora de Servicio de Salud, que deberá contener como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nombre de la institución prestadora del servicio de salud y/o del prestador independiente, en la que se prestará el servicio. Recomendación a la ciudadanía para que consulte la condición de habilitación de servicios y los antecedentes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, así como la de los especialistas o profesionales que adelantarán el procedimiento, quienes deberán estar inscritos en el Registro del Talento Humano en Salud, RETHUS. <p>Esta información debe estar, según el caso, claramente visible y audible, y, de todas maneras, verificable, resaltada en la página web del médico y/o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de forma tal que la persona pueda consultarla y verificarla.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y de la Protección Social realizará periódicamente campañas de información del uso adecuado de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos, de acuerdo con lo preceptuado en la presente ley.</p> <p>Artículo 14. Prohibiciones. Se prohíben las siguientes prácticas en la publicidad y promoción de procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos:</p>
<ol style="list-style-type: none"> Las dirigidas a menores de edad, o hechas atractivas para ellos. Las no avaladas por médicos y/o instituciones que cumplan con los requisitos del artículo 5 de la presente ley. Las que impliquen aumento del riesgo previsto del paciente. Las que induzcan en error del paciente. Las rifas, promociones, ofertas y patrocinios. <p>Artículo 15. Publicidad Engañosa. Los médicos y/o instituciones prestadoras de servicios de salud que practiquen procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos que incurran en prácticas de publicidad engañosa se harán acreedores de las sanciones previstas en la Ley 1480 de 2011 y demás que la sustituyan, modifiquen o complementen.</p> <p>Lo anterior sin perjuicio de las demás condenas y sanciones jurisdiccionales y administrativas que les sean aplicables.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD Y SANCIONES</p> <p>Artículo 16. Régimen de Responsabilidad. Salvo que haya oferta, promesa o estipulación en contrario, la relación médico-paciente como elemento primordial en la práctica médica genera una obligación de medios basada en la competencia profesional.</p> <p>Artículo 17. Responsabilidad profesional. Los profesionales de la salud que realicen procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley, serán sancionados por parte de los tribunales de ética profesional correspondientes con las sanciones contempladas en los respectivos regímenes, y suspensión del ejercicio profesional hasta por un término de quince (15) años.</p> <p>Lo anterior sin perjuicio de las demás condenas o sanciones civiles, penales y/o administrativas a que haya lugar.</p> <p>Artículo 18. Ejercicio ilegal de la práctica de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p> <p>Lo no previsto en la presente ley se regirá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p> <p>Artículo 19. Adiciónese un numeral en el artículo 130 de la ley 1438 de 2011, el cual quedará así:</p>	<p>ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:</p> <p>[...]</p> <p>22. Ejercer de manera ilegal las profesiones de la salud de conformidad con las normas que regulan la materia.</p> <p>Artículo 20. Sanciones a los Prestadores de Servicios de Salud. El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 4º, 5º, 6º, 9º, 10º, 11 y 12 de la presente ley podrá acarrear las sanciones siguientes al prestador de servicios de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cierre temporal, definitivo, o pérdida de la habilitación del servicio. Multas de hasta por el valor establecido en la normatividad superior vigente. <p>Lo anterior sin perjuicio de las demás actuaciones o sanciones que en el marco de la inspección, vigilancia y control deban adoptar las entidades competentes dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS con el fin de hacer públicas las sanciones de que sean objeto los prestadores de servicios de salud.</p> <p>Artículo 21. Responsabilidad por publicidad. El incumplimiento de lo previsto en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley dará lugar a que el anunciante, promotor o patrocinador responda conforme lo establece el artículo 30 de la Ley 1480 de 2011 y demás normas que regulen la materia, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar.</p> <p>Parágrafo. La participación de profesionales de la salud en prácticas que contravengan las disposiciones establecidas en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley se considera como mínimo una falta grave contra la ética profesional, por lo cual tales conductas serán sancionadas de acuerdo con el régimen específico de cada profesión.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO V DISPOSICIONES FINALES.</p> <p>Artículo 22. Complementariedad normativa. En lo no previsto en la presente ley se aplicarán las normas contenidas en los respectivos códigos de ética. En relación con la</p>

imposición de las sanciones por incumplimiento de esta ley, se aplicará lo previsto en los artículos 47 a 52 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo –CPACA-, salvo que exista una norma procesal especial.

Artículo 23. Vigencia. La presente ley empezará a regir a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JOSE LUIS CORREA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

EXPOSICION DE MOTIVOS

Antecedentes Del Proyecto

1. En el año 2012 El Senador Juan Francisco Lozano (Partido de la U) y el Honorable Representante Didier Burgos Ramírez presentaron el proyecto “Por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la cirugía plástica, estética y reconstructiva en Colombia y se dictan otras disposiciones (Archivado en Primer Debate).
2. En el año 2014 se presentó Proyecto de ley 92 de 2014 Senado por iniciativa de los Senadores Jorge Iván Ospina y Oscar Mauricio Lizcano y fue tramitada ante la comisión séptima constitucional Permanente del Senado pero no alcanzó hacer el trámite respectivo ante la Cámara de Representantes.
3. En 2016 se Radica ante la Cámara de Representante el Proyecto de ley 186/2016 “Por medio del cual se reglamenta el ejercicio de la cirugía plástica estética y las especialidades médico quirúrgicas con competencias formales en procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos en Colombia y se dictan otras disposiciones” de autoría de la Representante Margarita Restrepo.
4. En el año 2016 se presenta el proyecto de ley de iniciativa mixta a consideración del Congreso de la República por el Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez, el Honorable Representante a la Cámara Oscar Ospina Quintero, el Ministro de Salud y Protección Social Dr. Alejandro Gaviria Uribe y Ministro de Educación de Nacional (E) Francisco Cardona Acosta Honorable Representante a la Cámara, y radicado el día 05 de octubre de 2016 ante el Secretario General de la Cámara de Representantes.
5. En continuidad del trámite Legislativo, el proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la cámara de Representantes correspondiéndole el número 158 de 2016, y fue acumulado con el Proyecto de Ley No. 186 de 2016 Cámara radicado por la Honorable Representante a la Cámara Margarita María Restrepo Arango. Este proyecto de ley fue acumulado por trámite, pese a alcanzar los dos debates reglamentarios de la Cámara, en el Senado de la República no alcanzó a culminar su trámite.
6. En 2019 se Radica ante la Cámara de Representante el Proyecto de ley 142/2019 “Por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones” de autoría de los Representantes Margarita Restrepo Arango y Jairo Giovanni Cristancho, el cual fue archivado por no surtirse el primer debate en su primer año.

Objeto Del Proyecto

El presente proyecto de ley tiene por objeto regular la práctica de los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos de que trata el literal a) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, y adoptar medidas con el fin de proteger la salud y la vida de las personas que se someten a los mismos. Lo anterior, para garantizar que solo con el personal idóneo y en condiciones de seguridad y salubridad se realicen estos procedimientos.

El proyecto está dividido en cinco capítulos; el primero es sobre las disposiciones generales; el segundo, sobre las condiciones para la realización de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines estéticos; el tercero, sobre el manejo de la publicidad de estos procedimientos; el cuarto establece un régimen de responsabilidades y sanciones; y el quinto establece la complementariedad normativa.

Justificación de la Iniciativa

La cirugía plástica es una rama de la cirugía, la cual, a través de procedimientos, pretende corregir defectos funcionales y reconstruir algunas partes del cuerpo; en los procedimientos estéticos, el individuo, con base en una decisión autónoma, se somete a un procedimiento invasivo para cambiar su apariencia física, no necesariamente por condiciones médicas (Royal College of Surgeons, 2018).

Aunque, es cierto que la especialidad de la cirugía plástica es un fenómeno de la modernidad, su práctica y su origen se remite a milenios atrás, donde pueden identificarse dos momentos históricos, las prácticas de la medicina India en el 800 a. C., y la especialización y los primeros pasos hacia la modernización de la reconstrucción quirúrgica en la Europa del siglo XVI.

Referencias a la reconstrucción de partes perdidas de la cara y la mandíbula, ya pueden encontrarse en papiros egipcios de hasta 1600 a. C., y en el caso de la medicina India, desde el siglo III d. C. ya se encuentran compilaciones en la medicina tradicional¹ sobre procedimientos tan complejos como la rinoplastia, y las reconstrucciones maxilofaciales, con el uso de injertos de piel de la frente y los brazos de los propios pacientes (Dwivedi & Dwivedi, 2008).

En Europa, iniciativas similares nacieron del imperio romano, donde el siglo I, Aulus Cornelius, compiló el tratado de más de 70 volúmenes *De Medicina* que contenía ya guías para procedimientos como la reconstrucción de orejas, labios y nariz, así como demás prácticas de la cirugía.

A pesar de estos progresos en la esfera europea, el progreso de la cirugía plástica en occidente, como de toda la medicina, fue presa del estancamiento debido al oscurantismo, período histórico donde los avances científicos eran perseguidos y condenados en nombre de la

espiritualidad durante gran parte de la edad media, pero, a medida que fueron transmitiéndose los conocimientos provenientes de Medio Oriente y la India, fueron realizándose avances progresivos, especialmente en la esfera de las anestésias, hasta que en el siglo XIX fue despertándose el interés europeo por profundizar en su conocimiento sobre operaciones que aliviaran los despojos que dejaban las numerosas guerras de la época, interés que se vería acentuado con la guerra mundial de la primera década del siglo XX.

Estos médicos, debían tratar las extensas heridas y malformaciones que dejaban los enfrentamientos en el campo de batalla, causadas por armamento moderno y más letal, gracias al descubrimiento de la pólvora. Estas situaciones derivaron en la cada vez más grande especialización en cirugía reconstructiva del rostro, la mandíbula, el tratamiento de partes del cuerpo deformadas o quemadas; así como a un fortalecimiento de la asepsia² en los procedimientos médicos, que permitió a los médicos explorar más allá de intervenciones meramente superficiales y complejizar en intervenciones en el abdomen y tejido adiposo.

Este incremento en la especialización y en las condiciones para intervenir satisfactoriamente al paciente, crearon los antecedentes para incursionar en cirugías exclusivamente de motivación estética, que tiene sus primeros visos en la rinoplastia estética y los procedimientos de aumento de busto, de los cuales se tiene registro en Estados Unidos desde 1907. Posteriormente, los avances tecnológicos en estos procedimientos estéticos, como la incursión en 1962 del primer implante de busto en silicona, permitió la masificación de estas cirugías y la entrada de estas a la agenda pública y gubernamental.

En la actualidad, la cirugía plástica se ha complejizado y explora intervenciones cada vez menos invasivas en pro del bienestar de los pacientes, así como se ha ampliado y democratizado el acceso a la información y las consultas sobre estos procedimientos, atrayendo a más personas a realizarse estas cirugías, justificando la pertinencia del presente proyecto de ley para fortalecer y garantizar la seguridad de estas en todos sus niveles.

Según la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, por regla general los médicos establecen una obligación de medios o de diligencia y prudencia, pues en su actividad siempre se presentan circunstancias que pueden influir en el resultado esperado por el paciente. Un médico puede prometer el cuidado y la mejoría de un paciente por medio de un tratamiento, pero no puede prometer el resultado de salvarle la vida.

A su vez, el Instituto de Medicina Legal establece que Colombia viene presentando un incremento de más de 130% en las muertes por mala práctica de la cirugía plástica, de los cuales la mayoría de los casos son personas en edad productiva (20 y 30 años) que han sido atraídos con falsas promesas. Además explicó que se están usando sustancias de baja calidad aumentando el riesgo o posibles complicaciones durante o posterior a la intervención, sumado al fenómeno de los “Cursos exprés” por los cuales, médicos generales realizan cursos rápidos de enseñanza con los que certifican de manera irresponsable su capacidad para operar, generando daños irreparables a las miles de víctimas de engaño y agregando consecuencias mortíferas al índice de muertes por la mala práctica de la Cirugía Plástica. Esto, demostrando

¹ El pionero de la cirugía plástica en la India fue el cirujano Sushruta, que se considera uno de los fundadores de la medicina Aryuveta, medicina tradicional basada en los preceptos del hinduismo (Dwivedi & Dwivedi, 2008).

² El concepto de las prácticas médicas que conllevan a entornos de intervención asépticos de gérmenes que puedan provocar infecciones.

la falta de regulación estricta del Ministerio de Educación para convalidar títulos fraudulentos, lo cual genera que se sigan presentando doctores con diplomas, y sin la formación adecuada.

Además, Según datos expuestos en el foro Salud, belleza y estética: “¿estamos actuando como una sociedad responsable?” aproximadamente el 85% de los problemas médicos en Colombia relacionados con procedimientos estéticos son por el mal uso de productos relacionados con la belleza, y a la publicidad engañosa difundida a través de los medios de comunicación, puesto que a través de ellos se promocionan centros estéticos sin certificación mostrando una visión de moda que de salud, datos revelados por la Casic (Asociaciones de la Industria Cosmética de América Latina). El 37% de los colombianos es extremadamente importante verse bien, no obstante no toda la población cuenta con recursos para pagar o acceder a un tratamiento adecuado y se dejan llevar por la publicidad que ofrece resultados a bajos costos.

Colombia para febrero de 2017 contaba con 615 prestadoras de salud con servicio de cirugías estéticas registrados en el Ministerio de Salud, no obstante no se tiene control de los centros ilegales donde se practican estos procedimientos, según la secretaria de salud distrital gran parte de estos prestadores cambian constantemente de sede o realizan procedimientos a domicilio aumentando el riesgo de los pacientes que acceden a estos servicios.

Estadísticas de Cirugías

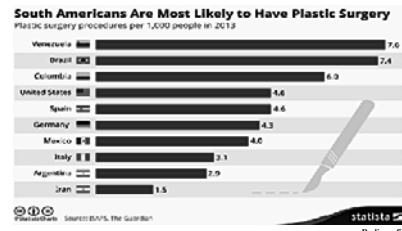
Como se mencionó previamente, las cirugías plásticas son procedimientos que entraron en la agenda pública y cada vez más son las personas que recurren a estos procedimientos por cuestiones estéticas; según estadísticas de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica (ISAPS - por sus siglas en inglés), en su último estudio global, Colombia en el 2017 se ubicaba en el séptimo puesto de los países con más tratamientos cosméticos a nivel global, **con más de 516.930 intervenciones registradas** (ISAPS, 2018).

De estos tratamientos, **el aumento de busto y la reafirmación de senos** sigue siendo el más popular (Con **45.000 procedimientos en 2016**, seguido por la **liposucción (40.000 procedimientos)** y la **blefaroplastia**(rejuvenecimiento de párpados) **con 30.000 procedimientos**, de estas intervenciones, el 24,7% de las mismas se realizó en clínicas especializadas en el país; lo que permite identificar la creciente demanda y oferta de centros especializados en estos procedimientos.

Aunque las medidas de seguridad tomadas en todo tipo de procedimientos médicos minimizan los riesgos, la ausencia de legislación en la esfera de las Cirugías Plásticas, y la poca información académica y médicamente certificada disponible para el público, no garantiza que los pacientes no estén sometidos a riesgos y puedan tomar la mejor decisión respecto a los establecimientos y profesionales que eligen para realizarse estas cirugías.

Elegir instalaciones y personas sin las cualificaciones necesarias para este tipo de intervenciones, puede desencadenar en complicaciones como hematomas, contusiones, daño a los nervios sensoriales y motores, cicatrizaciones deficientes (como las de tipo queloide) pérdida de sangre, infecciones y problemas en la anestesia que puedan llevar hasta la muerte

(Khunger, 2015). Elegir un profesional de la salud, con especializaciones en cirugía plástica, con el conocimiento adecuado en los tipos de procedimientos y cómo reaccionar ante sus posibles complicaciones, es la diferencia entre una intervención exitosa y un impacto en la salud del paciente que le puede llevar hasta la muerte.



En ciudades como Medellín, Cali, Bogotá es donde se han incrementado las muertes de mujeres por procedimientos estéticos, ellas son las principales víctimas.

Lo que hallamos es que los procedimientos en la mayoría de los casos son realizados por personas con un gran desconocimiento en la fisionomía del cuerpo humano y de la medicina. Expresó el Director de Medicina Legal, quien señaló que en el año 2017 se ha incrementado un 130% las muertes en tratamientos estéticos.

También involucra a los hombres, según cifras, en un porcentaje de 10 casos 3 son hombres entre las mismas edades.⁴

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reveló las cifras, sobre muertes de hombres y mujeres en procedimientos estéticos en las diferentes regiones del país, de acuerdo con el reporte en el año 2017.

Muertes Cirugías Plásticas Año 2015	
Hombres	11
Mujeres	2

Fuente: <https://www.vanguardia.com/colombia/sabe-cuantas-personas-murieron-por-cirugias-esteticas-en-colombia-en-dos-anos-AQVL391144>

³ South Americans Are Most Likely to Have Plastic Surgery. Niall McCarthy, 1^o de agosto del 2014. Disponible en línea: <https://www.statista.com/chart/2521/south-americans-are-most-likely-to-have-plastic-surgery/>
⁴ <https://caracol.com.co/Radiografia-de-las-muertes-por-cirugias-esteticas-Año-2017>

Según los datos entregados por Medicina Legal, el grupo de edad que mayor número de víctimas mortales dejó es de 40 a 49 años con 9 casos, seguido del rango entre 25 y 29 años con 7 casos, y el comprendido entre los 35 a 39 años con 6 casos.

Las regiones que presentan la mayoría de muertes son: Valle del Cauca (14), Antioquia, (9), Bogotá (8) Caldas (2), Santander (2).⁵

Por todo lo anterior, es de carácter obligatorio para el congreso de la Republica de Colombia y para las entidades encargadas de las situación y regulación de la salud a nivel nacional, promover la buena práctica de la medicina con el propósito no solo de proteger el buen nombre de los miles de médicos y cirujanos certificados si no para proteger el bien mayor tutelado en la Constitución Política en su artículo 11, La vida de todos aquellos Colombianos que por razones personales, de salud ,gusto o necesidad alguna quieran acceder a un servicio que merece ofrecer la mejor calidad y eficiencia posible ,así además convirtiendo a Colombia a nivel internacional en el país más seguro para adquirir una Cirugía Plástica y o Estética a nivel mundial .

Este proyecto de ley es el resultado de un trabajo muy serio que involucro conceptos de los ministerios de salud y educación, las asociaciones de sociedades científicas, la asociación de médicos estéticos, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica y la representación de las Víctimas de procedimientos estéticos y que lastimosamente por tiempos no ha podido ser Ley de la República.

De los Honorables Congressistas


MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA


JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA


CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA


JOSE LUIS CORREA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA

⁵ <https://www.vanguardia.com/colombia/sabe-cuantas-personas-murieron-por-cirugias-esteticas-en-colombia-en-dos-anos-AQVL391144> Año: 2017

CONTENIDO

Gaceta número 698 - Miércoles, 12 de agosto de 2020	
CÁMARA DE REPRESENTANTES	
PROYECTOS DE LEY	
PROYECTOS DE ACTO LEGISLATIVO	
	Págs.
Proyecto de acto legislativo número 261 de 2020 Cámara, por medio del cual se modifica el artículo 249 de la Constitución Política de Colombia	1
PROYECTOS DE LEY	
Proyecto de ley número 255 de 2020 Cámara, por medio del cual protegen los recursos públicos de la Nación	3
Proyecto de ley número 256 de 2020 Cámara, por medio del cual se crean herramientas tributarias para la lucha contra la inequidad de género	4
Proyecto de ley número 257 de 2020 Cámara, por medio de la cual se fortalece el Sistema Nacional de Apoyo a las Mipymes y la Red Nacional para el Emprendimiento (RNE) para impulsar el Emprendimiento en Colombia, y se dictan otras disposiciones	7
Proyecto de ley número 258 de 2019 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	11
Proyecto de ley número 259 de 2020 Cámara, por medio del cual se modifica el artículo 347 de la Ley 599 de 2000	20
Proyecto de ley número 260 de 2020 Cámara, por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones.....	22