



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVII - Nº 140

Bogotá, D. C., martes 15 de abril de 2008

EDICION DE 16 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO  
SECRETARIO GENERAL (E.) DE LA CAMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

## CAMARA DE REPRESENTANTES

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NUMERO 283 DE 2008 CAMARA

*protección de menores de la mendicidad.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por finalidad hacer efectiva la obligación del Estado y la Sociedad de proteger la integridad física, psicológica y moral de las niñas, niños y adolescentes en situación de necesidad o de abandono, que se dedican, son inducidos o utilizados a la práctica de la mendicidad, respetando su calidad de sujetos de derecho dentro de un marco de actividades orientadas a su reinserción familiar, escolar y social, adoptando medidas de prevención y protección que aseguren el respeto a su dignidad y desarrollo integral.

TITULO II

LA MENDICIDAD Y SUS ELEMENTOS

Artículo 2°. *Ambito de aplicación.* Entiéndase por mendicidad de niñas, niños o adolescentes, la actividad permanente o eventual de solicitar dinero o recursos materiales, para su subsistencia u otros fines, en su beneficio, el de sus familiares o de terceros a través de la caridad pública, bien sea motivado por su situación de necesidad o de abandono o porque es coaccionado, inducido o utilizado para ello por sus padres, representantes legales, quienes vivan o cualquier otro responsables de su cuidado y protección, sin obligación de brindar contraprestación alguna.

Artículo 3°. *Situación de necesidad, abandono y caridad pública.* Se configura la situación de necesidad, abandono y caridad pública:

a) **La situación de necesidad**, cuando la niña, niño o adolescente carecen de medios materiales para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, entendiéndose como alimentos lo señalado en el artículo 24 del Código de la Infancia y la Adolescencia;

b) **La situación de abandono**, cuando las niñas, niños o adolescentes carecen en forma definitiva de las personas que conforme a ley tienen la obligación de criarlas y educarlas, o si los hubiere estas incumplan dichas obligaciones y deberes, o carecieran de calidades morales o mentales necesarias que aseguren la correcta formación. Igualmente cuando son maltratados y explotados en cualquier forma, utilizándolos en actividades contrarias a la ley o a las buenas costumbres por quienes están obligados a protegerlos o permiten que otros lo hicieren;

c) **La caridad pública**, cuando las personas otorgan asistencia voluntaria a favor de las niñas, niños y adolescentes que mendigan, sin exigir contraprestación alguna a cambio.

Artículo 4°. *Efectos de la mendicidad en los niños, niñas y adolescentes.* Entiéndase que la mendicidad en la niñez y adolescencia lesiona la dignidad ocasionando graves daños a la identidad e integridad de los mismos, afectando sus derechos fundamentales y colocándoles en situación de vulnerabilidad y riesgo.

En ningún caso, la mendicidad de niñas, niños y adolescentes se configurará como actividad productiva, ni modalidad de trabajo cualquiera sea la condición laboral.

Artículo 5°. *Casos que requieren prioridad en la atención.* Constituyen situación agravante y deberá darse prioridad de atención a los siguientes casos:

a) Cuando niñas y niños menores de cinco años son utilizados por un adulto u otro menor de edad para la práctica de la mendicidad;

b) Cuando las niñas, niños y adolescentes que padezcan alguna discapacidad o enfermedad grave o severa son utilizados por un adulto u otro menor de edad para la práctica la mendicidad.

Artículo 6°. *Responsabilidad de las personas que ejercen la custodia o cuidado personal de las niñas, niños y adolescentes que practiquen la mendicidad.* Los progenitores que coaccionen, utilicen o induzcan a sus hijas o hijos a la mendicidad, se sujetarán a lo dispuesto en el Código Civil y Procedimiento Civil en relación con la pérdida o suspensión de la patria potestad.

En el caso de tutores o curadores que coaccionen, utilicen o induzcan a la mendicidad a las niñas, niños o adolescentes bajo su cuidado, se sujetarán a lo dispuesto en el Código Civil y normas complementarias, en relación a la remoción o suspensión de la tutela o curatela.

En ambos casos, no se excluye la aplicación de las sanciones penales que corresponden de acuerdo a ley.

Artículo 7°. *Adopción de medidas y acciones del Estado.* Para erradicar la práctica de la mendicidad por parte de niños y adolescentes, es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, adoptar medidas inmediatas y ejecutar programas de prevención, para el resguardo de la integridad física y moral de los niños y adolescentes que practican la mendicidad y de ser el caso coordinará con la Procuraduría General de la Nación, la Rama Judicial y la Policía Nacional, todo lo necesario para la aplicación de las sanciones previstas en el Código Penal en contra de los adultos que hayan fomentado tales conductas.

Para el logro de los objetivos de la presente ley, además de las acciones previstas, se adoptarán las siguientes medidas:

a) Retiro de las calles y resguardo provisional de los niños y adolescentes que practiquen la mendicidad, en los establecimientos que para el caso proporcione el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que garanticen su rehabilitación física y moral, intelectual y espiritual;

b) Notificación a través de los Defensores de Familia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a los padres de los menores que hayan sido ubicados practicando la mendicidad a fin de que adopten medidas, para evitar esta práctica y en caso de reincidencia seguir el proceso correspondiente ante los Jueces de Familia;

c) Resguardo de los niños y adolescentes cuyos padres no adopten medidas para evitar que practiquen la mendicidad, así como el inicio de las acciones legales necesarias contra dichos padres;

d) Diseñar y aplicar medidas de protección especial de tipo judicial, educativo o asistencial, orientados a restituir los derechos vulnerados y a garantizar el pleno disfrute de los bienes y servicios sociales de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en estado de mendicidad;

e) La realización de exámenes a cargo de profesionales de la salud, a fin de prevenir la existencia de daño físico o moral derivado de la práctica de la mendicidad, así como la adopción del tratamiento correspondiente;

f) Desarrollar programas de apoyo y reinserción familiar y escolar para niñas, niños y adolescentes que practiquen la mendicidad.

Artículo 8°. *Programas para niños y adolescentes que trabajan y viven en la calle.* Los niños y adolescentes que mendigan y los que viven en las calles tiene derecho a participar en programas de atención integral dirigidos a protegerlos contra todo tipo de explotación y abuso, asegurando su proceso educativo, su desarrollo físico y psicológico obligatorio, así como agotar las medidas necesarias para su reinserción familiar de ser aun posible en los casos que se requiera.

### TITULO III DEL ENTE RECTOR

Artículo 9°. *Del Ministerio de la Protección Social.* El Ministerio de la Protección Social, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, a través de sus organismos especializados, serán responsables de:

a) Establecer los lineamientos de políticas de atención y prevención, así como promover el diseño e implementación de programas contra la mendicidad en coordinación con los demás agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y Políticas Públicas de Infancia y Adolescencia;

b) Coordinar con los Gobiernos del orden Departamental, Distrital y Municipal, como entes responsables de la Política Pública de Infancia y Adolescencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 204 de la Ley 1098 de 2006 la adopción de acciones de protección y prevención correspondientes, liderando las mismas, sin perjuicio del cumplimiento de las funciones y atribuciones propias de cada institución;

c) Requerir a los Gobernadores y Alcaldes para que dentro de su órbita territorial realicen un diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia que viven en situación de necesidad o de abandono y que se dediquen a la práctica de la mendicidad, con el fin de establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su plan de desarrollo y en sus presupuestos, así como determinar las estrategias a corto y mediano plazo que se implementarán para combatir este flagelo;

d) Solicitar y recibir de los Gobiernos Territoriales la elaboración e información de las estadísticas, planes, programas y proyectos de acuerdo a las características propias y necesidades de cada jurisdicción, relacionado con la población de niños y adolescentes en estado de mendicidad;

e) Coordinar con los Gobiernos Territoriales a efectos de reforzar las gestiones de los Consejos Departamentales y Municipales de Política Social, con inclusión del sector privado para la obtención de financiamiento externo necesario para la ejecución de los programas y proyectos que redunden en beneficio de las niñas, niños y adolescentes que han ejercido la mendicidad y de sus familias;

f) Promover la creación de centros de refugio temporal para los casos de extremo peligro o riesgo del niño, niña o adolescente y su familia que se dedican a la mendicidad;

g) Realizar las acciones necesarias obligatorias e ineludibles para que los niños y adolescentes rescatados de la mendicidad sean directamente atendidos por los programas de apoyo alimentario, de salud y educación que desarrolla el Estado.

h) Propender porque los recursos parafiscales que corresponden al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar sean invertidos en los programas institucionales haciendo énfasis en la niñez colombiana, quedando prohibido que los excedentes financieros generados en la entidad producto de los mayores valores recaudados frente al presupuesto aforado sean invertidos en Títulos de Tesorería superiores a un año de vigencia.

i) Las demás que establezca el Gobierno Nacional en la consecución de la prevención y atención de los niños y adolescentes en situación de mendicidad.

Artículo 10. *Cumplimiento de Programas Institucionales.* A partir de la vigencia de la presente ley, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar podrá invertir los excedentes financieros generados en la institución producto de los mayores valores recaudados frente al presupuesto aforado en Títulos de Tesorería de corto plazo no superiores a 365 días calendarios y dará cumplimiento a sus programas institucionales dirigidos a la niñez y adolescencia.

Acarreará sanción penal y disciplinaria el alegar por parte del ente rector de la Política de Infancia y adolescencia, otras obligaciones que dilaten la eficacia del Estado en el deber prioritario e ineludible de socorrer a los menores que se encuentren en estado de extrema necesidad como consecuencia de la mendicidad.

Artículo 11. *Agencia Oficiosa en Acción de Tutela para niños en estado de mendicidad.* Cualquier persona podrá interponer acción de tutela en aras de proteger los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en estado de mendicidad, a fin de exigir a la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores, para lo cual procede la agencia oficiosa ante cualquier Juez de la República.

### CAPITULO IV

#### Promoción y ejecución de programas

Artículo 12. *Promoción y Ejecución de programas.* El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tendrán a su cargo la promoción y ejecución de los programas contemplados en la presente ley, los cuales se desarrollarán mediante un proceso formativo que incluye el fortalecimiento de los vínculos del menor mendigo con la familia, la escuela y la comunidad.

Parágrafo. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, destinará como mínimo el cinco (5%) por ciento anual de los ingresos parafiscales contemplados en las Leyes 27 de 1974, 7ª de 1979 y 89 de 1988 para atender los programas contemplados en la presente ley, destinados a erradicar la mendicidad de menores.

Artículo 13. *Ejecución de Programas y Medidas.* El Gobierno Nacional dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, a efectos de poder desarrollar los programas y medidas previstos en esta, expedirá el reglamento que permita coordinar con las diversas dependencias de la administración pública nacional, territorial, con instituciones de la sociedad civil, con organismos internacionales y con organizaciones públicas y privadas, los mecanismos que permitan abordar y erradicar la problemática de la mendicidad de niños y adolescentes con el fin de preservar y garantizar los derechos que le asisten a la niñez y la adolescencia de conformidad con la legislación interna y los tratados internacionales.

### CAPITULO V

#### Del procedimiento

Artículo 14. *Denuncia.* Cualquier persona que encuentre a un niño, niña y adolescente ejerciendo la mendicidad, comunicará tal situación a la autoridad competente para la aplicación de las medidas de atención y protección correspondientes.

Artículo 15. *Vigilancia.* Es deber de la Procuraduría General de la Nación, velar por que los programas y objetivos de la presente ley se cumplan con diligencia al igual que la Contraloría General de la República, vigilará que los dineros destinados a los programas institucionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar no se desvíen a otros propósitos, para lo cual aplicarán su poder sancionatorio en forma preferente.

Artículo 16. *Prohibiciones.* EL Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, no podrá promover o contratar campañas institucionales de publi-

dad y comunicación que tenga como finalidad destacar los logros de gestión o los objetivos alcanzados por la entidad. En caso de la publicidad informativa sobre los programas institucionales que ofrece la entidad, deberá utilizar los medios de comunicación del Estado.

Cuando se trate de encuestas, estudios y actos similares que tengan por objeto establecer información estadística para la toma de decisiones en la misión institucional de la entidad, deberá obligatoriamente recurrir al Departamento Nacional de Estadística – DANE– o entidades que cumplan similares funciones.

Artículo 17. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga en lo pertinente las disposiciones que le sean contrarias.

*Guillermo Antonio Santos Marín,*

Representante a la Cámara.

## EXPOSICION DE MOTIVOS

### Introducción:

A pesar de la realización de algunas campañas y la ejecución de ciertos programas de atención y protección a la niñez, en Colombia todavía se observan numerosos niños, niñas y adolescentes trabajando en las esquinas de los semáforos en compañía de jóvenes o adultos postrados en las aceras de las capitales del país, mendigando la caridad blandita de la ciudadanía, para poder llevar dinero a sus progenitores que -generalmente desempleados- son quienes les obligan a efectuar estas labores, inclusive bajo amenazas.

Existe preocupación entre los estamentos ciudadanos nacionales y locales, porque los menores continúan en estas tristes labores de trabajo y mendicidad, pues cuando no pueden vender algo de lo que les dan, frutas o chucherías de cualquier cosa, tienen que implorar la caridad a los ocupantes de los vehículos, muchos de los cuales los tratan despóticamente o con suficiente desprecio como para hacerlos sentir mal y a quienes observan esta clase de actitudes.

Mientras esto sucede, el ICBF, no tiene políticas definidas para esta población, ni sabe cuántos son los niños mendigos del país, pero sí tiene bien sabido a cuánto asciende la suma invertida en Títulos de Tesorería – TES, la cual asciende a la no despreciable suma de \$888.669.2 millones de 2006 y para el año 2007, se aproxima a los 2 billones de pesos, correspondientes a los aporte parafiscales e igualmente inversiones en empresas privadas del país, mientras los niños de Colombia se mueren de hambre en las esquinas y aceras de las grandes capitales.

Sin embargo, los menores no tienen por qué ser víctimas de estas situaciones, si en verdad se implanta una legislación seria para enfrentar el flagelo de la mendicidad, puesto que no hay disposiciones legales para el caso y las que existen son meras enunciaciiones que quedan plasmadas en el papel como letra muerta e inaplicable. Si miramos el Código de la Infancia y la Adolescencia, podemos citar con claridad las disposiciones que contiene este estatuto relacionado con la mendicidad.

Artículo 20. *Derechos de protección.* Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

2. La explotación económica por parte de sus padres, representantes legales, quienes vivan con ellos, o cualquier otra persona. Serán especialmente protegidos contra su utilización en la mendicidad.

Artículo 41. *Obligaciones del Estado.* El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:

29. Asegurar que no sean expuestos a ninguna forma de explotación económica o a la mendicidad y abstenerse de utilizarlos en actividades militares, operaciones psicológicas, campañas cívico-militares y similares.

El anterior Código del Menor, tímidamente contempla normas relacionadas con la mendicidad, como:

Artículo 31. <Artículo derogado por el artículo 217 de la Ley 1098 de 2006. Rige a partir del 8 de mayo de 2007> Un menor se encuentra en situación de abandono o de peligro cuando:

Parágrafo 1°. Se presume el incumplimiento de que trata el numeral 2 del presente artículo, cuando el menor está dedicado a la mendicidad o a la vagancia, o cuando no convive con las personas llamadas por ley a tener su cuidado personal. Esta presunción admite prueba en contrario.

Artículo 265. <Artículo derogado por el artículo 217 de la Ley 1098 de 2006. Rige a partir del 8 de mayo de 2007> El que ejerza la mendicidad valiéndose de un menor o lo facilite a otro con el mismo fin, o de cualquier otro modo trafique con él, incurrirá en prisión de uno (1) a cinco (5) años.

Muchos colombianos nos preguntamos, por que razón no se aplica la legislación existente para combatir este flagelo, pero quienes nos dedicamos a las lides del derecho, sabemos cuales son los códigos que cobijan a la niñez colombiana, y encontramos en sus disposiciones, normas tan tímidas como las enunciadas anteriormente.

El hecho se ha complicado aún más por el aumento de la población desplazada, numerosas familias provenientes de diferentes rincones del país, huyendo de la violencia en sus regiones buscan en las capitales de departamento una alternativa no solo de protección sino de supervivencia, con el infortunio de poder contar con todos los recursos y disponibilidades del caso por parte de los organismos estatales.

De esos núcleos familiares salen casi a diario los niños y niñas que engrosan el cordón infantil que ya no solo encontramos en los semáforos o en cualquier esquina de una ciudad colombiana sino en los distintos barrios, hasta donde van llevando sacas, bolsas o costales pidiendo cualquier donación de la gente.

### La Unicef y la niñez en Colombia

Todos los niños y niñas, sin distinción, tienen derecho a gozar de las mismas oportunidades de vida sana y desarrollo pleno hasta el máximo de sus potencialidades, garantizadas por el Estado, sus familias y sus comunidades.

En circunstancias especiales, a veces transitorias, les puede faltar esta garantía. Es entonces cuando la Convención de los Derechos de la Niñez nos convoca a diseñar y aplicar medidas de protección especial, de tipo judicial, educativo o asistencial, orientadas a restituir los derechos vulnerados y a garantizar el pleno disfrute de los bienes y servicios sociales a quienes han sido excluidos. Los casos más frecuentes de estas violaciones a los derechos de la niñez se presentan cuando ocurren el maltrato y la violencia intrafamiliar, la explotación y el abuso sexual, la presencia de limitaciones especiales, el trabajo infantil, el conflicto armado y el desplazamiento forzado, los secuestros y desapariciones, la infracción a la ley penal por parte de niños y adolescentes, la vinculación de niños, niñas y adolescentes a los grupos armados.

#### Según la Unicef:

- Más de la mitad de la población que ha sido desplazada en Colombia durante los últimos seis años son niñas y niños (1.100.000). Cerca de diez de cada cien víctimas de minas antipersonales son niñas y niños. El enfrentamiento armado en Colombia tiene reclutados a cerca de diez mil niñas y niños.

- Aproximadamente millón y medio de niñas y niños, de 7 a 17 años, trabajan en Colombia. De ellos, el 90% lo hacen en el sector informal de la economía y más del 25% se encuentran en riesgo y peligro.

- Dos millones de niñas y niños son maltratados al año en Colombia y cerca de la mitad sufren maltrato severo. El 70% de casos de abuso sexual reportados tienen a una niña o niño como víctima.

- Se estima que 50.000 mujeres, niñas y niños colombianos han sido víctimas del Tráfico de Personas hacia el exterior. En Colombia la prostitución infantil ha crecido tres veces en los últimos tres años, existiendo cerca de 30.000 niñas y niños vinculados al mercado sexual.

- En Colombia la privación de la libertad a los niños en conflicto con la ley es una medida común, contrariando su carácter excepcional. Los niños privados de la libertad por el Estado colombiano tienen que vivir en centros de reclusión que presentan un hacinamiento del 330%.

#### Niños y niñas en la calle - Unicef

##### • Situación

Según estimaciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en el país hay cerca de 30.000 niños que pasan en la calle la gran mayoría de su tiempo. El 37% de esa población estaría ubicado en Bogotá.

Cerca del 75% de los niños de la calle manifiesta haber sufrido maltrato en su familia y el 37% de ellos lo reconoce como el factor principal de su evasión del hogar.

## Trabajo Infantil - Unicef

### • Situación

- En Colombia trabajan más de 2.500.000 niños y niñas. De este total 1.700.000 son adolescentes entre 12 y 17 años y 800.000 son niños y niñas de entre 6 y 11 años. El 80% trabaja en el sector informal. 323.000 niños y niñas se encuentran trabajando en el servicio doméstico en hogares de terceros.

- En 1996 la Encuesta Nacional de Hogares y la Encuesta de Niñez y Adolescencia establecieron que, de la población entre 7 y 11 años que trabaja en las 8 ciudades principales colombianas, el 49,3% de los niños y el 64,9% de las niñas lo hacía en el comercio y en las ventas.

- En la zona rural se encontró que el 87% de los niños y el 50% de las niñas de 10 a 11 años son trabajadores agropecuarios, que laboran diariamente entre 12 y 15 horas, en promedio. Entre el 20% y el 25% de los niños trabajadores desempeña ocupaciones de alto riesgo. Este porcentaje sube a 70% en el sector agropecuario.

- Aproximadamente el 50% de los niños y niñas trabajadores de entre 12 y 13 años no recibe ingresos directos, sino que tienen otro tipo de remuneración. Cuando reciben salario, los menores de 18 años reciben entre 25% y 80% del salario mínimo legal diario. Solamente el 23% de los niños y niñas trabajadores tiene seguridad social, un gran porcentaje de ellos como beneficiarios indirectos, a través de la afiliación de algún familiar.

### • Viendo el asunto más a fondo...

De cada 10 menores de 18 años que trabajan, 7 no asisten a la escuela. Estos últimos y todos aquellos que por causa del trabajo reducen su rendimiento escolar, se están desgastando física y mentalmente y pierden su potencial de pleno desarrollo. Especialmente inaceptable es el abandono escolar de menores de 14 años, el cual sigue alimentando la pobreza del país.

Por ser más frecuente entre los hijos de los más pobres, el abandono escolar también es un obstáculo a la movilidad social, reproduciendo nuevos pobres en las mismas familias. Además de la baja renta de la familia, la presión del mercado que se beneficia de mano de obra barata y el fracaso escolar empujan a niños y niñas a trabajar. También los empujan sistemas de valores culturales que consideran a los niños y niñas como objetos propiedad de su familia y no como sujetos de derecho. Si bien es cierto que algunos tipos de trabajo no riesgosos, ejercidos moderadamente, pueden tener efectos positivos sobre el desarrollo, es absurdo mantener el trabajo como actividad formativa por encima de la escolarización.

### La mendicidad a la Luz de la Nueva Constitución

Los menores son titulares de todos los derechos fundamentales, y de manera especial, del derecho a la seguridad social. Por ende, ni el Estado ni la sociedad pueden permitir que un grupo de sus miembros se abandone a la miseria y al desamparo total, sobre todo tratándose, sobre todo cuando se trata de niños carentes de familia que pueda responder por la subsistencia en condiciones dignas. Uno de los avances más notables de la Carta Política, consiste en establecer la primacía de la realidad, en el sentido de evitar que los derechos fundamentales y las garantías sociales sean meros enunciados abstractos. El derecho a la vida no implica la mera subsistencia, sino el vivir adecuadamente en condiciones dignas. Obviamente, este deber de asistencia del Estado, no lo obliga sino en la medida de las capacidades reales de su estructura protectora, pues nadie está obligado a lo imposible.

### La prevalencia de los derechos de los niños

El inciso segundo del artículo 44 de la Constitución, es enfático en señalar que “la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de **asistir y proteger** al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”. (Negrillas y subrayado fuera del texto original). La obligación, pues, en este supuesto no depende de ninguna condición; es categórica: al niño se le debe **asistir y proteger**.

Ha Dicho la Corte Constitucional<sup>i</sup>

“... Dichas asistencia y protección, corresponden en primer término a la familia, como núcleo esencial de la humana convivencia; pero corresponden también a la sociedad, en general, y al Estado, en particular, como ente rector de aquella cuando está organizada política y jurídicamente. Es claro que si el niño carece de una familia que lo asista y proteja, bien por-

que haya sido abandonado por sus padres, bien porque carezca de ellos, o bien porque estos o, en su defecto, sus abuelos, hermanos mayores, u otros parientes cercanos, no cumplan con ese sagrado deber, la asistencia y protección incumbe directa e insoslayablemente a la sociedad y, a nombre de esta, al Estado, a través de los organismos competentes para ello. Con esto se configura la intervención subsidiaria del Estado, a falta de una familia que cumple con las obligaciones antes señaladas...”

“...El bienestar de la infancia, es una de las causas finales de la sociedad -tanto doméstica como política-, y del Estado; por ello la integridad física, moral, intelectual y espiritual de la niñez, y la garantía de la plenitud de sus derechos son, en estricto sentido, asunto de **interés general**. Son **fin** del sistema jurídico, y no hay ningún medio que permita la excepción del fin.

Pero no basta con el deber de **asistencia**, porque la Constitución obliga al Estado, a la sociedad y a la familia también a **proteger** al niño. Esta protección implica realizar las acciones de amparo, favorecimiento y defensa de los derechos del menor. Por ello el artículo 44 superior, concluye en su último inciso: “*Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás*”; lo cual está en consonancia con el inciso tercero del artículo 13 de la Constitución que señala: “*El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta (...)*”.

Esta especial protección —que abarca a la infancia— más la prevalencia de los derechos de los niños, hace que estos tengan una exaltación jurídica, dado el interés general que, al recaer sobre ellos, se hace superior y, por tanto, incondicional. Lo anterior se traduce en el ineludible deber del Estado y de la sociedad de respetar, en primer término, dicha prevalencia, y de actuar de manera inmediata e incondicional, siempre que la infancia se halle en estado de necesidad, como deber **prioritario e ineludible**. Si los derechos de los niños son **prevalentes**, el deber del Estado de asistencia y protección a la infancia, también lo es. Luego no pueden alegarse otras obligaciones que dilaten la eficacia del Estado y de la sociedad hacia la protección de los menores, porque el deber hacia estos prevalece sobre cualquier otra consideración social, política, jurídica o económica.

Es por ello que el Estado Social de Derecho no puede ser indiferente ante la miseria de quienes, por mandato constitucional, son titulares de derechos prevalentes (artículo 44 C.P.); la razón de ser del Estado consiste, precisamente, en fortalecer la eficacia de los derechos fundamentales, pues estos **fundan** la legitimidad del ordenamiento jurídico.

Ahora bien, de acuerdo con los artículos 2º, 13, 48 y, especialmente, con el artículo 44 de la Constitución, y teniendo por evidente la extrema necesidad en que se encuentran los niños colombianos, es indudable que estos menores son titulares de todos los derechos fundamentales, y de manera especial, del derecho a la seguridad social. Por ende, ni el Estado ni la sociedad pueden permitir que un grupo de sus miembros se abandone a la miseria y al desamparo total, sobre todo tratándose de niños carentes o no de familia que pueda responder por la subsistencia en condiciones dignas. Uno de los avances más notables de la Carta Política, consiste en establecer la primacía de la realidad, en el sentido de evitar que los derechos fundamentales y las garantías sociales sean meros enunciados abstractos. Por el contrario, el espíritu de la Carta busca que ellos sean efectivos. El derecho a la vida digna y la integridad física y psíquica, más la integridad moral, junto con el derecho a la salud, están en íntima conexión con la efectividad de una seguridad social, ya que todo ser humano tiene derecho a una existencia digna.

El derecho a la vida no implica la mera subsistencia, sino el vivir adecuadamente en condiciones dignas. Obviamente, **este deber de asistencia del Estado, no lo obliga sino en la medida de las capacidades reales de su estructura protectora, pues nadie está obligado a lo imposible**. Pero la incapacidad del Estado no puede ser tal, que razonablemente justifique la indigencia y la miseria humana y deje de asistir, siquiera con los recursos mínimos exigidos por la condición humana, a quienes estén en circunstancias de **extrema necesidad**, sobre todo cuando esta es padecida por menores de edad.

### Procedencia de la Agencia Oficiosa<sup>ii</sup>

Si bien es cierto en el artículo 86 superior se reconoce la agencia oficiosa al permitir que la acción de tutela sea interpuesta no sólo por

i Sentencia T-029 de 1994.

ii Ibidem.

toda persona, sino también “por quien actúe en su nombre”, advierte la Corte Constitucional que dicha agencia resulta improcedente en aquellos casos en que se trate de actuar a nombre de comunidades o de sectores indeterminados de la población, casos estos para los cuales, como reiteradamente lo ha sostenido dicha corporación, y así lo determina la Constitución, lo que procede es la acción popular o las acciones de grupo. Pero la agencia oficiosa procede, en cambio, cuando, en casos como el de niños afectados por la mendicidad o indigencia no pueden por sí mismos interponer la acción de tutela, por su condición de abandono y carecen de representante legal reconocido. Por lo demás tratándose de garantizar los derechos fundamentales de los niños, la agencia oficiosa tiene un soporte constitucional adicional, en lo dispuesto por el artículo 44 superior: “(...) **Cualquier persona** puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores”. (Negrillas fuera del texto).

En este proyecto se incluye un artículo del siguiente tenor:

“EL Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, no podrá promover o contratar campañas institucionales de publicidad y comunicación que tenga como finalidad destacar los logros de gestión o los objetivos alcanzados por la entidad. En caso de la publicidad informativa sobre los programas institucionales que ofrece la entidad, deberá utilizar los medios de comunicación del Estado.

Cuando se trate de encuestas, estudios y actos similares que tengan por objeto establecer información estadística para la toma de decisiones en la misión institucional de la entidad, deberá obligatoriamente recurrir al Departamento Nacional de Estadística – DANE– o entidades que cumplan similares funciones”.

Esto obedece a que el ICBF, invierte en contratación repetitiva en temas que puede realizar una entidad del Estado, mermando con esto las oportunidades de los niños y niñas en Colombia para obtener una atención eficiente. Por ejemplo, entre el año 2003 y octubre de 2007, la entidad realizó contratos de encuesta y estudios, por la no despreciable suma de \$8.989.339.729, entre los cuales figura el Contrato número 2004233 de 27 de diciembre de 2004, realizado con la empresa Yuong & Rubicam Brands S.A., por valor de \$800.000.000, cuyo objeto fue: El diseño y ejecución de un plan de medios para el ICBF, etc.

En este orden de ideas, entonces, es necesario que el legislador de la mano con el gobierno, intensifiquen las acciones, tripliquen los esfuerzos y los recursos que se requieran para que no se vean más niños y niñas parados en las esquinas de los semáforos mendigando o en estado de indigencia, lo cual riñe con la normatividad interna y el derecho internacional y degrada la célula más importante de la sociedad, como lo es la familia.

*Guillermo Antonio Santos Marín.*

Representante a la Cámara

CAMARA DE REPRESENTANTES  
SECRETARIA GENERAL

El día 11 de abril del año 2008 ha sido presentado en este Despacho el Proyecto de ley número 283 con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Guillermo Santos M.*

El Secretario General (E.),

*Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.*

\*\*\*

### PROYECTO DE LEY NUMERO 284 DE 2008 CAMARA

*por medio de la cual se modifica el artículo 2º de la Ley 334 de 1996, por la cual se autoriza la emisión de la estampilla Universidad de Cartagena, siempre a la altura de los tiempos.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *El artículo 2º de la Ley 334 de 1996 quedará así:* Amplíese la autorización del recaudo de la emisión de la estampilla de la Universidad de Cartagena hasta por la suma de Ciento veinte mil millones de pesos (\$120.000.000.000).

Artículo 2º. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación.

*Piedad Zuccardi,*

Senadora de la República.

### EXPOSICION DE MOTIVOS

La Ley 334 de diciembre 20 de 1996 autorizó el recaudo de la Estampilla de la Universidad de Cartagena hasta por la suma de sesenta mil millones de pesos (\$60.000.000.000):

En la referida ley se autorizó a la Asamblea del Departamento de Bolívar para que ordenara emitir una estampilla, denominada “Universidad de Cartagena, siempre a la altura de los tiempos”, cuyo producido, de acuerdo a lo consagrado en la Ley, debe destinarse para la construcción, adecuación, remodelación y mantenimiento de la planta física, escenarios deportivos, bibliotecas, y demás bienes y elementos, equipos, laboratorios, que requiera la infraestructura de la Universidad de Cartagena.

Igualmente establece que parte del recaudo de esta estampilla será destinado al estímulo y fomento de la investigación en las distintas áreas científicas programadas por la Universidad de Cartagena, y del total recaudado, la Universidad destinará hasta un veinte por ciento (20%) para atender los aportes de contrapartidas que deben cumplir la atención de la seguridad social de sus empleados.

La Universidad de Cartagena viene desarrollando positivamente los compromisos asumidos sobre educación que ha propuesto el Gobierno Nacional, es así como ha aumentado su población estudiantil aproximadamente de 5.000 estudiantes en 1997 a 10.000 estudiantes en el 2008, representando un aumento porcentual cercano al 100%, esto se ha logrado incrementando el número de programas ofrecidos en pregrado de 14 a 22.

Como estrategias para lograr este objetivo la Universidad ha trabajado:

- Extensión de los programas de Administración de Empresas, Contaduría Pública y Derecho a la jornada vespertina.

- Creación de nuevos programas como Comunicación Social, Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Química.

- Incremento del número de programas académicos ofertados bajo la modalidad a distancia, pasando de cuatro a diez programas en convenio con diferentes universidades del país. Actualmente se están ofreciendo estos programas a distancia en los municipios de Turbaco (CERES), Carmen de Bolívar, Magangué, Lórica, Sincé, Pinillos, Achí, San Marcos, San Onofre.

- Creación del nuevo programa en la modalidad a distancia de Administración Agropecuaria.

- Se viene trabajando en los documentos para presentar solicitud al Ministerio de Educación Nacional del registro calificado del programa de Administración Agroindustrial por ciclos propedéuticos.

- En el ámbito de la investigación, la Universidad ha asumido el reto de Colciencias, contando hoy con 24 grupos reconocidos por esa entidad; lo que ha generado la necesidad de incrementar en infraestructura, inversión de planta y equipos, formación a nivel de maestrías y doctorados para los docentes, situación que implica que la Universidad busque alternativas de financiación para todas esas inversiones.

Resulta importante resaltar que todo este esfuerzo se ha logrado sin que la base presupuestal del aporte de la nación haya aumentado desde el año 1992 en valores presentes, pero es imperioso que la universidad genere nuevos recursos y amplíe su base presupuestal para atender los costos que los nuevos programas generan desde la inversión y los gastos de funcionamiento.

En materia de Seguridad Social en Salud, la Universidad de Cartagena mensualmente debe cancelar a la Caja de Previsión de la Universidad de Cartagena una suma aproximada de \$40.000 millones, por concepto de copagos y cuotas moderadoras, que sumado a una obligación o acuerdo de pago que desde el año 2002 contrajo esta Universidad con la ya mencionada Caja de Previsión por cotizaciones del 8% y 7% (aportes patronales) desde el año 1999, 2000 y 2001 y que en su momento ascendían a la suma de \$3.537.278.353 y que en la actualidad asciende a \$2.344.386.949 –más \$2.190.409.708 total notas débitos–\$486.794.079 (Excedencias) y 53.667.806 (8% de 2000 y 2001) para un total de \$5.075.258.542.

Como se observa en materia de Seguridad Social tanto en Salud, como en Pensiones la Universidad de Cartagena en estos momentos atraviesa dificultades, si bien es cierto que está cumpliendo con el pago de los aportes mensuales a salud, pensión y Riesgos ordenados por la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y demás Leyes 797 de 2003, etc. no es menos cierto que todas estas obligaciones mencionadas por los conceptos también enunciados, constituyen un pasivo que debe ser cancelado a corto plazo ya que todo lo relacionado con esta materia se considera parafiscales es decir deudas de obligatorio cumplimiento, y debido a los pocos ingresos con que cuenta esta Institución Educativa le es imposible su cancelación.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 131 estableció que las Instituciones de Educación Superior oficiales del nivel territorial entre estas la Universidad de Cartagena debían constituir un Fondo para el pago del Pasivo Pensional. Este Fondo será financiado por la Nación y el Departamento de Bolívar. Que su aporte debía ser en la misma proporción en que hubiesen contribuido al presupuesto de la Universidad, para el caso de esta Universidad, la Nación contribuye con el 63.8 %, el Departamento con el 12.5% y la misma Universidad con el 23.7%.

Según el análisis realizado entre los años 1997 y 2006, la Universidad viene asumiendo intereses generados por créditos rotativos, tales como sobregiros y créditos de tesorería. En términos generales estos son ocasionados por las obligaciones que esta Institución posee para el pago mensual a los pensionados, valor que en la actualidad asciende aproximadamente a \$1.800.000.000 y que afecta considerablemente el flujo de caja de la Institución ya que lo que corresponde al Ministerio de Hacienda (63,8%) sólo es girado a la Universidad cuatro meses después de haberse causado.

Incluso la obligación del Ministerio de Hacienda en cuanto a los macrobonos para el pago de pensiones no se ha concretado con la Universidad de Cartagena.

Es de gran importancia destacar que la Universidad de Cartagena en la actualidad tiene cubiertos sus compromisos en seguridad social de sus funcionarios activos y pensionados.

#### **Es necesario garantizar y ampliar el recaudo de la Estampilla de la Universidad de Cartagena teniendo en cuenta:**

El gran porcentaje de estudiantes no recibidos por la universidad, aunque es difícil cuantificar un número exacto es sabido que existe una gran demanda por los diferentes programas que se ofrecen, de lo cual se deduce que si esta institución contara con una capacidad física suficiente, la brecha entre los inscritos y admitidos sería menos amplia.

En los últimos años esta relación se ha dado de la siguiente manera:

#### **EVOLUCIÓN DE INSCRITOS Y ADMITIDOS EN PREGRADO 2000-2006**

| PERIODO | INSCRITOS | ADMITIDOS | %           |
|---------|-----------|-----------|-------------|
| 2000    | 8.835     | 1.448     | <b>16.3</b> |
| 2001    | 9.094     | 1.434     | <b>15.8</b> |
| 2002    | 9.476     | 1.745     | <b>18.4</b> |
| 2003    | 11.103    | 1.122     | <b>10.1</b> |
| 2004    | 14.960    | 2.182     | <b>14.5</b> |
| 2005    | 13.245    | 2.205     | <b>16.6</b> |
| 2006    | 11.708    | 1.837     | <b>15.6</b> |

De igual forma, la Universidad de Cartagena presenta un déficit de espacios físicos, lo cual ha ocasionado traumatismo e inconvenientes serios, por lo que se requieren soluciones prontas que permitan solventar la necesidad de estos espacios a corto plazo.

Para el segundo período académico de 2008 la Universidad requiere 103 aulas de clases aproximadamente en las sedes de San Agustín y Piedra de Bolívar, disponiendo únicamente con 89 para el desarrollo de las labores académicas, sin mencionar los requerimientos para los diferentes laboratorios, salas de informáticas, entre otras.

Solventado el déficit de instalaciones existente en estos momentos en la Universidad de Cartagena, la cobertura se podría aumentar en un porcentaje aproximado del 20% a corto plazo y un 30% adicional a mediano plazo, teniendo en cuenta los programas presenciales pendientes de completar promoción como son Administración Diurna, Contaduría Pública Diurna, Comunicación Social, Derecho Vespertino, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Química y los programas que se desarrollan a distancia como Salud ocupacional, Administración Financiera, Licenciaturas en educación, Administración Agropecuaria, Administración Turística y Hotelera.

Igualmente existe la necesidad de hacer inversiones importantes en los laboratorios de las diferentes facultades, como también la reposición y actualización de algunos de ellos acordes con las nuevas tecnologías y que redundarán en una mejor calidad académica de los estudiantes, tanto de pregrado como de postgrados, y especialmente para fortalecer la investigación en la Universidad de Cartagena así:

Facultad de Ciencias e Ingenierías: Se requiere el traslado de los laboratorios de Ingeniería Civil a la sede Piedra de Bolívar y la adecuación de los laboratorios de Ingeniería de alimentos, Ingeniería de sistemas e Ingeniería Química.

Facultad de odontología: Se requiere la ampliación de las unidades odontológicas, permitiendo con ello el aumento de la cobertura en los programas de extensión.

- Laboratorio de prótesis
- Habilitación de otras áreas para minilaboratorio
- Culminación del aula virtual (laboratorio de informática).

Facultades de ciencias químicas y farmacéuticas: Por requerimientos de los organismos de control se hace necesario la ampliación y adecuación del laboratorio de microbiología, suministro de reactivos y materiales, adquisición de maquinaria y equipo (horno, nevera, centrifugas, entre otros).

Para la ampliación del laboratorio de microbiología es necesaria la construcción de un nuevo bloque, contiguo al existente, que ayudaría al déficit de espacios físicos administrativos y académicos.

Facultad de Medicina: Se hace necesario modernizar los equipos de laboratorio y la ampliación de los laboratorios, tales como los de ciencias básicas.

Por otro lado, en el compromiso que expresa la Universidad de Cartagena desde su misión en cuanto a lo que se refiere a la formación integral del individuo juega un papel prioritario el aporte que desde la recreación y el deporte se hace a la persona.

En este sentido resulta preocupante el no contar a la fecha con instalaciones deportivas adecuadas que generen una dinámica social y de formación permanente orientada a la recreación, el entretenimiento y el deporte.

Para atender a sus 10.000 estudiantes matriculados, sus funcionarios (alrededor 440 personas) y sus docentes (incluyendo los de planta y catedráticos, aproximadamente 700) la Universidad solo cuenta con una cancha de Microfútbol ubicada en el barrio de Manga (alejada de las sedes) una cancha de basketball y otra de microfútbol localizada en la sede de Zaragocilla y en la granja de Turbaco una cancha de fútbol (alejada 45 minutos de nuestra sede más cercana y en condiciones no adecuadas).

La Universidad cuenta con los terrenos adecuados para construir una sede deportiva en el municipio de Turbaco y en la sede de Piedra de Bolívar pero no posee los dineros que una inversión de este tipo requiere a pesar de ser una necesidad prioritaria para cumplir con los compromisos de formación que ha asumido para con la comunidad académica, y que además son exigencia desde los parámetros de calidad que exige el Ministerio de Educación Nacional en la Ley 30 de 1992 y el Decreto 2566 de 2003.

Otro factor que genera gran preocupación es el de las investigaciones dejadas de realizar por falta de recursos, pues aunque no resulta fácil cuantificar un número exacto, si tomamos como ejemplo otras instituciones como la Universidad de Antioquia en donde se invierten más de \$20.000.000.000 por año a la investigación a través de proyectos específicos, consultorías y asesorías, que aportan a este ítem, podemos decir que si la Universidad de Cartagena hubiera contado con más recursos se lograrían mejores resultados. Así mismo se puede analizar el caso de la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Cauca (muy parecida en su complejidad a la de Cartagena) que evidencia mejores resultados.

Adicionalmente también presenta serias limitaciones la Biblioteca Universitaria en cuanto a la dotación de libros, revistas indexadas, bases de datos, red de intercomunicación, sistemas de información, así como la Universidad virtual que lleva programas a varios municipios del Departamento de Bolívar.

En materia de Seguridad Social, de acuerdo con lo informado por la Dirección de Regulación Económica para la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda, en relación con el estudio actuarial del pasivo presentado al cual se hizo referencia, este asciende aproximadamente para el año de 2006 a la suma de \$155.000.000.000.00 millones, de este valor el 23.7% como se señaló anteriormente debe ser asumido por la Universidad de Cartagena, quien mediante la suscripción de un contrato de concurrencia suscrito entre la Nación y el Departamento debe obligarse a la cancelación correspondiente. Sin embargo, la Universidad de Cartagena en este momento carece de esta reserva actuarial.

Con fundamento en los argumentos anteriormente expuestos consideramos que es el momento indicado para iniciar ante el honorable Congreso el trámite de la ampliación del valor autorizado por recaudar originalmente mediante esta iniciativa que permitirá que la Universidad de Cartagena adelante proyectos de inversión para ampliación de cobertura, construcción, adecuación, remodelación y mantenimiento de la planta física, escenarios deportivos, bibliotecas, y demás bienes y elementos, equipos, laboratorios, que requiera la Institución.

Si bien es cierto que a la fecha la Estampilla autorizada a la Universidad de Cartagena no ha llegado al tope del valor autorizado, se debe tener en cuenta que el crecimiento económico del Distrito de Cartagena y del Departamento de Bolívar ha aumentado significativamente, esto se debe a diferentes factores como la creación de nuevas empresas, el desarrollo de Macroproyectos, obras de infraestructura para el departamento de Bolívar, la ampliación de la doble calzada Cartagena/Barranquilla y otros corredores de competitividad, la Ampliación de la refinería de Cartagena, la recuperación del Canal del Dique, El Plan Departamental de Aguas, la ejecución de la Segunda y Tercera Fase de Transcribe e innumerables proyectos que se están desarrollando para la región tanto en el sector público como en el privado, como la construcción de puertos, el aumento de licencias de construcción y el registro de inmuebles, lo que nos permite afirmar que el recaudo de los recursos autorizados originalmente por la Ley pendientes podrían llevarse a cabo en un periodo relativamente corto que de no tener oportunamente aprobada la ampliación ocasionaría una pérdida de todos los beneficios que afectaría directamente la única Institución Educativa Pública y la Juventud Cartagenera, Bolivarenses y de otras regiones que encuentran en esta institución la única oportunidad de acceder a la educación superior de Calidad.

La modificación propuesta se sustenta al analizar la escala del recaudo que demuestra que el recaudo de la estampilla desde 1997 a 2000 fue

aproximadamente de \$300 millones por año, y desde el año 2001, fecha en la que se denota el crecimiento significativo de la ciudad de Cartagena y del Departamento de Bolívar por los factores ya mencionados, hasta el año 2007 se recaudaron aproximadamente \$3.600 millones, por año, y se observa un incremento de más del 73% en lo recaudado en la vigencia 2006 a 2007.

Con esta proyección de crecimiento económico que se refleja en el recaudo sin modificación de la base gravable ni de las tarifas, presento esta iniciativa para estudio y consideración del honorable Congreso de la República, con el propósito de que la Universidad de Cartagena y por ende todos los jóvenes actuales y futuros estudiantes y demás estamentos que hacen parte de la misma, tengan la oportunidad de beneficiarse con la Ley.

*Piedad Zuccardi.*

Senadora de la República.

CAMARA DE REPRESENTANTES  
SECRETARIA GENERAL

El día 14 de abril del año 2008 ha sido presentado en este Despacho el Proyecto de ley número 284 con su correspondiente exposición de motivos, por la honorable Senadora *Piedad Zuccardi.*

El Secretario General (E.),

*Jesús Alfonso Rodríguez Camargo..*

## PONENCIAS

### **PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA**

*por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano.*

#### **Y 142 DE 2007 CAMARA**

*por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia, acumulados según Resolución número 05 del 25 de marzo de 2008 de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes.*

Bogotá, D. C., abril 9 de 2008.

Honorable Representante

JORGE ENRIQUE ROZO RODRIGUEZ

Presidente de la Comisión Séptima Cámara

Ciudad

Respetado doctor:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el informe para primer debate a los Proyectos de ley número **090 de 2007 Cámara**, *por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano.* **Y 142 de 2007 Cámara**, *por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia acumulados según Resolución número 05 del 25 de marzo del 2008 de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes.* Previa las siguientes consideraciones:

#### **Objetivo del proyecto**

El proyecto objeto de análisis, establece las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

#### **Origen del proyecto**

El Proyecto de ley número 090 de 2007 fue presentado en Cámara por la honorable Representante Sandra Ceballos con el título "Por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano y el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, presentado por el honorable Representante Jorge Morales Gil con el título "Por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia. Los mencionados proyectos fueron presentados ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes. Fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 401 del 23 de agosto de 2007 y en la *Gaceta del Congreso* número 479 del 27 de septiembre de 2007, respectivamente.

#### **De los contenidos de los proyectos**

El Proyecto de ley número 090 de 2007 contiene 5 capítulos y 12 artículos; el proyecto de Ley 142 de 2007 contiene 8 capítulos y 28 artículos

#### **Acumulo de materia**

Con base en el artículo 163 de la Ley 5ª de 1992, los ponentes solicitaron la acumulación de los Proyectos de ley número 090 de 2007 y el Proyecto de ley número 142 de 2007 a la Mesas Directivas de la honorable Cámara de Representantes, para dar primer debate al proyecto de ley.

En atención a lo anterior la Mesa Directiva de la honorable Cámara de Representantes, expidió la Resolución número 05 del 2008, por la cual se autoriza acumular los proyectos **090 de 2007 Cámara**, *por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano*. **Y 142 de 2007 Cámara**, *por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia.*

#### **Fundamento Constitucional**

El artículo 48 de la CN determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la prestación de los servicios:

*"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los colombianos el de-*

*recho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”.*

*“No se podrán utilizar los recursos de las instituciones de seguridad social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.*

El artículo 49 de la CN establece:

*“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 los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.*

Se debe destacar del mandato constitucional, el capítulo sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos como dice el artículo 365:

*“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.*

Y el artículo 366:

*“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.*

*“Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.*

### **Marco conceptual y desarrollo del tema**

#### **Epidemiología del cáncer**

El cáncer no es un fenómeno de la era moderna. Se ha observado un tumor en el tejido óseo de un faraón de 14 años que murió, fue momificado y sólo 3.000 años más tarde recibió un diagnóstico acertado.

Así mismo, en las escrituras médicas chinas y árabes aparecen casos clínicos también documentados que hoy día alguno de ellos se pueden reconocer claramente como cánceres a partir de las descripciones.

El cáncer es un problema que aumenta rápidamente en los países en desarrollo, según indican las estadísticas. El número de casos ha pasado de dos millones en 1985 a cinco millones en 2000 y se prevé que alcance los 10 millones en 2015.

En los países desarrollados, donde se registraron cinco millones de casos en 1985 así como en el 2000, no se espera aumento hasta 2015. Pese a las altas tasas de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el paludismo que se registran en los países en desarrollo, este rápido aumento de la incidencia del cáncer ha llevado a las naciones a reconocer cada vez más la necesidad de que se suministre orientación sobre los aspectos clínicos y de física médica de la radioncología para mejorar sus normas de atención del cáncer.

El acelerado aumento del cáncer en los países en desarrollo es atribuible principalmente al incremento de la esperanza de vida. Este grupo de población de más edad es el más proclive a contraer cáncer. La posibilidad de enfermar de cáncer varía sin duda entre los países desarrollados y los países en desarrollo, pero la variación es mucho menor de lo que corrientemente se percibe.

Lo que se observa es que el espectro de los cánceres que ocurren entre las personas ricas es diferente al de las poblaciones desfavorecidas. Para

los hombres de países en desarrollo, los tumores en el hígado y el esófago ocupan los lugares tercero y cuarto entre los cánceres más comunes. En cambio, son relativamente poco comunes en los países desarrollados, donde ocupan un lugar inferior al décimo. (Véase el cuadro de la...).

Igualmente, entre las mujeres el cáncer de mama es el más común para ambos grupos de población. Sin embargo, entre las mujeres desfavorecidas el cáncer cervicouterino es casi igualmente común y representa el 17 por ciento de todos los cánceres en mujeres. En países muy desarrollados, el cáncer cervicouterino representa sólo el 4 por ciento del cáncer entre las mujeres.

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además, más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020. El cáncer en Colombia es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. El propósito del proyecto de ley es, entonces, reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Lamentablemente, no siempre el extenso conocimiento existente sobre la prevención del cáncer se traduce en una práctica efectiva, por diferentes razones:

- Apoyo político limitado.
- Decisiones inadecuadas, al ponerse poca atención en el costo-efectividad y en la accesibilidad de las intervenciones.
- Sistemas de información en cáncer inadecuados, que con frecuencia no proveen ayuda para la toma de decisiones.
- Falta de integración y coordinación de los esfuerzos para el control del cáncer a nivel intra e intersectorial.
- Escaso apoyo a la investigación, debido a los trámites administrativos y a la falta de suficiente financiación.
- Falta de monitoreo y evaluación de las intervenciones.
- Inequidad social, al estar los grupos de más bajos ingresos mayormente expuestos a factores de riesgo evitables, tales como los carcinógenos ambientales, el consumo de tabaco, abuso de alcohol y agentes infecciosos. Estos grupos, además, tienen menos acceso a los servicios de salud y educación que podrían empoderarlos para tomar decisiones y proteger su propia salud.

Este plan pretende contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en Colombia. Las actividades deberán estar encaminadas a la promoción de la salud en la población saludable, prevención del cáncer, detección temprana mediante el tamizaje de personas asintomáticas, diagnóstico más temprano en aquellas que presentan síntomas y signos, tratamiento de lesiones diagnosticadas tempranamente o de aquellas en estadios avanzados y rehabilitación y cuidados paliativos para aliviar los sufrimientos o enfrentar la fase terminal de la enfermedad.

**El cáncer en el mundo.** Según la OMS, en el año 2002, el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa.

**Factores de riesgo para el cáncer.** No existe una causa única para el cáncer; por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga.

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre estos se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos:

a) Herencia: Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogénicos, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer;

b) Sustancias químicas: El alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (ej. Refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. Hoy en día se sabe que el benzopireno, sustancia química presente en el carbón, provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor de lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer del hígado y estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno, se ha determinado que la muerte por cáncer del pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene; nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán.

El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes;

c) Radiaciones: Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de la piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo;

d) Infecciones o virus: Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi. Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la Hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus Herpes Tipo II o virus del Herpes Genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa, induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogénicos virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogénicos (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales;

e) Traumas: Se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

Acerca de los factores infecciosos como la presencia de *Helicobacter pylori*, relacionado con el cáncer de estómago, el virus de la hepatitis B y la contaminación de alimentos por aflatoxinas relacionados con el cáncer de hígado, el virus del Papiloma Humano, relacionado con el cáncer de cuello uterino, el *Schistosoma* relacionado con el cáncer de vejiga y el virus del SIDA, relacionado con el sarcoma de Kaposi y linfomas, no podemos mencionar una frecuencia conocida en Colombia. Pero es claro que su erradicación significaría la reducción de estos tipos de cáncer en una proporción importante.

Es importante tener en cuenta que el consumo de alcohol está relacionado con varios tipos de cáncer, así como la exposición a rayos ultravioletas o radiación ionizante, agentes químicos como el asbesto, arsénico, benzopireno, dioxinas y otros, incrementan la posibilidad de neoplasias.

### Panorama actual del Cáncer

Estos cambios demográficos, económicos y ambientales han repercutido en todos los aspectos de nuestra vida, y entre ellos en la incidencia de enfermedades como el cáncer. La Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC) ha estimado que el año 2002 hubo 10.9 millones de casos nuevos de cáncer y 6.723.887 muertes por cáncer en todo el globo. Estas cifras representan un incremento de 22% en la incidencia y mortalidad por cáncer en comparación con las cifras del año 1990. Y según la OMS el número de casos se elevará a 15 millones para el año 2020<sup>(2)</sup>.

Las formas más frecuentes de presentación de cáncer también han cambiado en el espacio y en el tiempo.

En la Tabla N° 1 se presenta la incidencia de las formas de presentación del cáncer en el mundo al comenzar este siglo. Más de un millón de casos nuevos de cáncer de pulmón, cáncer de la mama, cáncer de colon y cáncer del estómago se presentaron al comenzar el siglo 21; el número de casos nuevos de cáncer de próstata, hepatocarcinoma y cáncer de cuello uterino estuvo por encima del medio millón; con menor, pero importante frecuencia se presentaron cáncer de esófago, vejiga, linfoma-leucemia, cáncer de cavidad oral, páncreas, faringe, riñón y otros que totalizaron los 10.862.496 casos de cáncer registrados en el mundo en el año 2002<sup>(3)</sup>.

TABLA 1  
Incidencia mundial de cáncer, 2002

| Sitio                | Número    | Porcentaje |
|----------------------|-----------|------------|
| 1. Pulmón            | 1.352.132 | 12.44      |
| 2. Mama              | 1.151.298 | 10.59      |
| 3. Colon y Recto     | 1.023.152 | 9.42       |
| 4. Estómago          | 933.937   | 8.58       |
| 5. Próstata          | 679.023   | 6.25       |
| 6. Hígado            | 626.162   | 5.76       |
| 7. Cuello uterino    | 493.243   | 4.53       |
| 8. Esófago           | 462.117   | 4.25       |
| 9. Vejiga            | 356.567   | 3.27       |
| 11 Linfoma NH        | 300.571   | 2.76       |
| 11 Leucemia          | 00.582    | 2.75       |
| 12 Cavidad oral      | 274.289   | 2.52       |
| 13 Páncreas          | 232.306   | 2.13       |
| 14. Faringe          | 210.339   | 1.93       |
| 15 Riñón             | 208.480   | 1.91       |
| 16. Ovario           | 198.783   | 1.82       |
| 17. Endometrio       | 198.783   | 1.82       |
| 18. Sistema Nervioso | 189.485   | 1.74       |
| 19 Melanoma          | 160.177   | 1.47       |
| 20 Laringe           | 159.241   | 1.46       |

M Perkin, F Bray, J Ferlay, P Pisani

IARC Cancer Base N° 5 Version 2, Lyon, France: IARC Press; 2004.

### Cáncer en el mundo

El siglo XXI encuentra al mundo claramente dividido en dos: el mundo desarrollado y el que no ha alcanzado el desarrollo. La Agencia Internacional contra el Cáncer ha determinado que la mayoría (53 %) de los casos de cáncer y 60% de las muertes por cáncer, ocurrieron en los países del tercer mundo. Más aún se han encontrado marcadas diferencias en la incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres y países desarrollados.

Cáncer de pulmón, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer de la próstata conforman el 60 por ciento de todos los casos de cáncer en el mundo desarrollado; en cambio cáncer del estómago, hepatocarcinoma y cáncer de cuello uterino son tan poco frecuentes que sumados no alcanzan al 10 por ciento de los casos de cáncer en los países afluentes (Tabla 2).

TABLA 2  
Cáncer en los países desarrollados

| Tipo               | Número de casos* | Porcentaje |
|--------------------|------------------|------------|
| 1. Pulmón          | 677,000          | 13.20      |
| 2. Colon y Recto   | 665,000          | 13.03      |
| 3. Mama            | 636,000          | 12.47      |
| 4. Próstata        | 513,000          | 10.05      |
| 5. Estómago        | 311,000          | 6.09       |
| 6. Vejiga          | 175,000          | 3.43       |
| 7. Linfoma         | 151,000          | 2.96       |
| 8. Páncreas        | 136,000          | 2.66       |
| 9. Endometrio      | 136,000          | 2.66       |
| 10. Melanoma       | 131,000          | 2.56       |
| 11. Leucemia       | 125,000          | 2.45       |
| 12. Riñón          | 120,000          | 2.35       |
| 13. Hígado         | 110,000          | 2.15       |
| 14. Ovario         | 97,000           | 1.90       |
| 15. Cavidad oral   | 91,000           | 1.78       |
| 16. Cuello uterino | 83,000           | 1.62       |
| 17. Esófago        | 74,000           | 1.45       |
| 18. SNC            | 74,000           | 1.45       |
| 19. Laringe        | 63,000           | 1.23       |
| 20. Tíroides       | 59,000           | 1.15       |

En el mundo de los pobres, los cánceres de pulmón, estómago, cáncer de la mama, hepatocarcinoma, cáncer de cuello uterino, esófago, colon y cavidad oral constituyeron más del 60% de todos los casos ocurridos en el año 2002; con menor frecuencia se presentaron el cáncer de la próstata, ovario, vejiga, páncreas, riñón y endometrio. (Tabla N° 3).

TABLA 3  
Cáncer en los países en vías de desarrollo

| Tipo              | Número de Casos | Porcentaje |
|-------------------|-----------------|------------|
| 1. Pulmón         | 672,000         | 11,58      |
| 2. Estómago       | 619,000         | 10,67      |
| 3. Mama           | 514,000         | 8,86       |
| 4. Hígado         | 513,000         | 8,84       |
| 5. Cuello uterino | 409,000         | 7,05       |
| 6. Esófago        | 386,000         | 6,65       |
| 7. Colon y recto  | 356,000         | 6,13       |
| 8. Cavidad oral   | 183,000         | 3,15       |
| 9. Leucemia       | 176,000         | 3,03       |
| 10. Próstata      | 165,000         | 2,84       |
| 11. Faringe       | 155,000         | 2,67       |
| 12. Linfoma       | 149,000         | 2,58       |
| 13. Vejiga        | 131,000         | 2,25       |
| 14. SNC           | 115,000         | 1,98       |
| 15. Ovario        | 108,000         | 1,86       |
| 16. Páncreas      | 97,000          | 1,67       |
| 17. Laringe       | 95,000          | 1,63       |
| 18. Tíroides      | 88,000          | 1,41       |
| 19. Riñón         | 68,000          | 1,17       |
| 20. Endometrio    | 62,000          | 1,21       |

Si se comparan las Tablas 2 y 3, se observa que problemas prevalentes en el tercer mundo, como el cáncer del estómago, cáncer del hígado, cáncer del cuello uterino, cáncer del esófago y cáncer de la cavidad oral se encuentran ya bajo control en los países desarrollados; del mismo modo es posible advertir que problemas como el del cáncer del pulmón, cáncer de la mama y cáncer del colon y recto están en aumento en el tercer mundo, mientras que problemas como cáncer de la próstata, cáncer de vejiga, cáncer del páncreas y cáncer del endometrio se presentan con mayor frecuencia en países desarrollados que en poblaciones del tercer mundo.

### Patrones de la enfermedad por tipo de cáncer

#### Cáncer de Pulmón

El cáncer de pulmón es la forma más frecuente de presentación del cáncer en el mundo. En el año 2002 hubo 1,350 millones de casos nuevos (12,4% de todos los cánceres) y 1,180 millones de muertes por cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón sigue siendo el más frecuente desde la década de los 80; pero en esa época el 69% de los casos se presentaban en los países desarrollados y 41% en los países del tercer mundo. Un penoso cambio ha ocurrido desde entonces: ahora casi la mitad (49%) de los casos ocurre en los países en vías de desarrollo.

Las más altas tasas de incidencia se observan aún en Norteamérica y Europa; tasas moderadas en China y Japón. El cáncer de pulmón sigue siendo una enfermedad con elevada mortalidad, incluso en EE. UU. donde el Programa SEER ha encontrado una sobrevida a 5 años de solo 15%; en los 3 países del tercer mundo la sobrevida a 5 años del cáncer de pulmón es de 8,9%.

Los países desarrollados tienen tasas de incidencia mucho más altas de cáncer de pulmón que los países en vías de desarrollo, pero como los países pobres representan una proporción más grande de la población mundial, el número absoluto de casos de cáncer de pulmón diagnosticados está distribuido por igual entre ambos mundos. Pero en las próximas décadas la carga global de cáncer de pulmón va a sufrir profundas desviaciones, desde los países desarrollados hacia los países del tercer mundo. Este año se ha reportado que, por primera vez, después de varias décadas de incremento exponencial, la incidencia de cáncer de pulmón en varones en USA ha empezado a decrecer confirmando la tendencia de la última década<sup>(5)</sup>.

El cáncer de pulmón es más probable que ocurra en las personas pobres y menos instruidas. El status socioeconómico se asocia a una constelación de determinantes de riesgo de cáncer de pulmón tales como tabaco, dieta y exposición a carcinógenos en el trabajo y en el ambiente general. Además el Estado socioeconómico ha sido también asociado con el diagnóstico tardío<sup>(6)</sup>.

Las grandes campañas de la industria del tabaco hacia los países en desarrollo tendrán su impacto después de 20 a 40 años de latencia, que es el intervalo entre empezar a fumar y la llegada de todas sus consecuencias (Peter Boyle, Lancet 1997 (suppl.II) 23-26). El hábito de fumar está fuertemente influenciado por campañas millonarias de un insidioso bombardeo de trucos publicitarios dirigidos a mujeres, minorías, adolescentes y hasta niños de los países en vías de desarrollo donde no existen programas de control de consumo de tabaco entre los jóvenes.

Algunos escenarios para la ocurrencia futura de cáncer de pulmón permiten pasar del presentimiento a la predicción. China, la nación más populosa del mundo tiene ahora 350 millones de fumadores; la ubicuidad del hábito de fumar entre los chinos, permite predecir una alarmante cantidad de casos de cáncer de pulmón en el futuro. Se ha reportado que en la China la población de bajos ingresos tuvo un riesgo de cáncer de pulmón 6 veces mayor que el de la clase de altos ingresos<sup>(7)</sup>.

#### Cáncer Gástrico

El cáncer gástrico es una de las más comunes formas de presentación de cáncer en el globo; representa el 8.6% de todos los casos nuevos de cáncer con 934,000 casos, y es la segunda causa de muerte por cáncer con 700,000 óbitos al año. Dos tercios del total de casos ocurren en los países en vías de desarrollo, existiendo una gran variación internacional en la incidencia de cáncer gástrico.

Las áreas de alto riesgo (incidencia > 20 por 100.000) están en la China, Japón, Europa Oriental y algunos países de Suramérica, entre ellos Perú, Colombia, Ecuador, son áreas de alto riesgo para cáncer gástrico<sup>(8)</sup>.

La incidencia de cáncer gástrico en EE. UU. ha sufrido un cambio dramático en la segunda mitad del siglo pasado; en el año 1930 la incidencia era de 32 por 100.000 y representaba el 38% de todas las muertes por cáncer; en

el año 2004 el cáncer gástrico representó solo el 1,59% de todos los casos de cáncer, ocupando el 14 lugar en frecuencia con una tasa de incidencia de 1,4 para los blancos, 4,9 para los afroamericanos y 12 para los americanos de extracción japonesa. Esta declinación puede relacionarse con los progresos en la preservación y conservación de los alimentos y a cambios en la prevalencia de infección por *H. Pylori*, tal vez como resultado de menor transmisión en la infancia por mejoras en la higiene y reducción del hacinamiento. No se observa todavía un fenómeno similar en nuestros países.

#### **Cáncer de Cuello Uterino**

Es la segunda más frecuente neoplasia de las mujeres. En el año 2002 ocurrieron 493.000 casos nuevos, pero 83% de estos casos se presentaron en los países del tercer mundo; en los países desarrollados el cáncer de cuello uterino representa menos del 5% de todos los casos nuevos de cáncer. Las altas incidencias de cáncer de cuello uterino se concentran en 4 regiones del globo: África, Centroamérica y el Caribe, Suramérica y la parte sur-central de Asia (India, Pakistán) donde se han encontrado tasas de incidencia de 26, 28, 31 y 34 por cien mil respectivamente.

Las tasas de incidencia son por lo general bajas en los países desarrollados, pero este patrón es relativamente reciente. Antes de la introducción de los Programas de Tamizaje en la década de los sesenta, la incidencia de cáncer de cuello uterino en Europa y Norteamérica era similar a la que tienen los países subdesarrollados actualmente<sup>(9)</sup>; en el Survey Nacional Cáncer de USA el año 1959, la incidencia de cáncer de cuello uterino fue de 38,0 por 100.000 por ejemplo y ahora gracias a una intensa y sostenida campaña de despistaje por citología vaginal, la incidencia se ha reducido a menos de 10 por 100 mil de la población. En el año 1994 se practicaron 85 millones de pruebas de Papanicolaou en EE. UU. y el año 2000 el National Health Interview Survey encontró que 82% de las mujeres de más de 25 años de edad había tenido una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años. Estas cifras explican el éxito en el control del cáncer de cuello uterino en ese país.

Está claramente establecido que los agentes etiológicos del cáncer cervical son los subtipos oncogénicos del Papiloma Virus Humano. Pero al margen de la etiología, no hay duda de que una declinación sustancial en la incidencia de cáncer de cuello uterino puede lograrse con programas bien implementados de tamizaje por citología vaginal como ha ocurrido en la China donde la incidencia ha bajado a 6,8:100.000 en el 2002, comparada con 17,8:100.000 en 1985<sup>(10)</sup>.

#### **Cáncer de la Mama**

En el año 2002 hubieron 1.150.000 casos nuevos de cáncer mamario en el mundo, siendo esta, la forma más frecuente de cáncer en la mujer, y la segunda en frecuencia del total de casos de cáncer. La mayoría de casos ocurre en los países industrializados: 361.000 en Europa y 211.000 casos nuevos de cáncer mamario (el 32% del total de casos de cáncer en la mujer) en EE. UU. En el mundo subdesarrollado el número de casos nuevos fue 514.000, lo que representa 18,8% del total de casos de cáncer en la mujer.

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la mama se encuentran en los países desarrollados: en América del Norte la tasa es 99,4 y en Europa Occidental 84,6; se especula que estas tasas elevadas son la consecuencia de programas de despistaje que han permitido diagnosticar casos tempranos que de otro modo no hubieran sido detectados. Las tasas son más modestas en América del Sur, Sudáfrica y Asia Occidental, a pesar de lo cual el cáncer mamario es la forma más común de cáncer en la mujer de estas regiones. Las tasas inferiores a 30:100.000 se ven en África y el continente asiático; en la China la incidencia es tan baja como 18,7 por 100 mil. Japón es el país desarrollado que tiene una inusitada baja incidencia (32,7) de esta patología.

Las tasas de incidencia del cáncer de la mama están aumentando en muchos países en vías de desarrollo, especialmente en aquellos en los que han ocurrido cambios importantes en el desarrollo socioeconómico, y en el estilo de vida de la mujer, con disminución de la fertilidad e incremento de la masa corporal. Los registros de cáncer de la China han detectado incrementos de la tasa anual hasta de 3 y 4%<sup>(11)</sup>, y en el Registro de Cáncer de Lima la tasa encontrada para el período 1990-93 fue de 31,88 incrementada a 32,28 en el período 1993-97.

#### **Cáncer de la Próstata**

El año 2002 hubieron 679.000 casos nuevos de cáncer de la próstata en el mundo; esta cifra lo coloca en el segundo lugar en frecuencia de cáncer

en varones. El 75% del total de casos se presentó en los países industrializados donde representó el 19% del total de casos de cáncer; en los países en vías de desarrollo el cáncer de la próstata representa sólo el 5,3% del total de casos.

Tres cuartas partes del total de casos de cáncer de próstata ocurrieron en varones mayores de 65 años de edad. Esto explica en parte la mayor frecuencia de su presentación en los países industrializados en los que la población mayor de 65 años de edad representa el 15% del total, a diferencia de los países del tercer mundo en los que esta proporción se encuentra alrededor del 6%. Las tasas de incidencia más altas han sido encontradas en EE. UU. (120:100.000) y en Europa (60:100.000). El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente en varones en Lima: 4.063 casos registrados entre los años 1990 y 1997, 580 casos nuevos por año y una TEE de 28,8:100.000. El envejecimiento de la población es sin duda un factor importante en la etiología del cáncer de próstata.

El cáncer de la próstata es una condición extremadamente ubicua; esta omnipresencia fue advertida ya en 1935 cuando AR Rich, jefe de Patología del Hospital Johns Hopkins, demostró que 14% de varones muertos por otras causas presentaba cáncer de próstata en la autopsia<sup>(12)</sup>. Recientemente Sakr y colaboradores han demostrado la relación entre la ubicación del cáncer de próstata y la edad; estudiando la próstata de 525 varones muertos accidentalmente en las calles de Detroit. Con cortes de próstata de 2 a 3mm, se encontró Neoplasia Intraepitelial de Alto Grado en 8% de los pacientes > 20 años, proporción que se incrementó linealmente en cada década hasta llegar a 80% en los mayores de 70 años<sup>(13)</sup>. Habría, pues, dos situaciones en el tema del cáncer de próstata, el cáncer patológico y el cáncer clínico.

Es probable que las altas tasas de incidencia de cáncer de próstata reportadas por los países desarrollados estén ahora influenciadas por el diagnóstico de los casos de cáncer latente en individuos asintomáticos, por los programas de "screening". La variación geográfica en la incidencia de cáncer de próstata sugiere fuertemente que los programas de tamizaje con dosaje de antígeno prostático conducen al sobrediagnóstico; por ejemplo la tasa de incidencia anual de cáncer de próstata en países como Dinamarca, donde el "screening" no es común fue de 31 por 100.000 el año 2000, mientras que en EE. UU. donde 70% de varones mayores de 50 tienen "PSA screening", la incidencia fue de 104 por 100.000. Se podría afirmar también, que una proporción significativa de varones con cáncer de próstata mínimo o precoz, podrían nunca desarrollar enfermedad sintomática, aún sin recibir tratamiento.

#### **Investigación y educación en Cáncer**

El fenómeno de la globalización acelerada de la última década, se ha manifestado también en la investigación clínica y la educación en cáncer. La investigación clínica en cáncer es ahora una empresa transnacional con presencia en cada uno de los continentes. Los ensayos clínicos para registro de drogas incluyen cada vez más pacientes de Europa Oriental, Rusia, China, India y América del Sur. Se ha señalado que un cambio radical ha ocurrido en las acciones regulatorias para la aprobación de nuevas drogas por la "U.S. Food and Drug Administration"<sup>(14)</sup>: en la década que terminó el 2002 el porcentaje de estudios hechos exclusivamente en Estados Unidos disminuyó de un alto 80% a un nivel actual de 24%.

La investigación clínica en cáncer, ya no es más la actividad científica pura, altruista personal o del grupo de profesionales dedicados al estudio de esta enfermedad. Cada vez más, esta actividad se realiza con la intermediación de las CRO (Clinical Research Organization), una industria que ha tenido una consolidación y globalización cada vez mayor; las CRO vienen a ser una manera costo-eficiente para las empresas farmacéuticas, de realizar los estudios que puedan servir de respaldo para el registro de una droga en múltiples países. Se estima que 8,6 billones de dólares son tercerizados a través de CRO anualmente, y estas organizaciones motivan a sus clientes a realizar investigaciones en otras regiones del globo, donde el reclutamiento de pacientes no es tan competitivo como en EE. UU. En contraste con EE. UU., donde una gran proporción de la investigación clínica en cáncer se hace en la práctica privada, en una amplia base plobacional, la investigación en cáncer en los países subdesarrollados se hace en los institutos y hospitales con presupuesto del gobierno central<sup>(15)</sup>.

Las bien conocidas diferencias regionales en el cáncer permiten que muchas formas de cáncer, como cáncer de cérvix y hepatoma, sean mejor estudiadas en el tercer mundo. Hay, sin embargo, argumentos que pudieran

tener connotaciones negativas. Uno de ellos es el concepto tan difundido describiendo a los países en vías de desarrollo como que no tienen mecanismos regulatorios o si los tienen son menos estrictos que los de los países industrializados. Por otra parte la investigación en cáncer en los países en vías de desarrollo se asocia con temas éticos, porque la moderna investigación de cáncer representa una completa distorsión de la práctica clínica de un país subdesarrollado. Las drogas estudiadas en un ensayo clínico, una vez completado el estudio, ya no estarán disponibles para la masa de pacientes pobres que fueron ingresados en dichos estudios. No puede tampoco escapar a la percepción, el hecho que los ensayos en sí pueden tener su ingrediente coercitivo: enfrentado a la disyuntiva entre no recibir tratamiento y recibir un medicamento en investigación, los pacientes en desventaja económica pueden sentir que no tienen otra opción que aceptar ser ingresados al estudio.

#### **Análisis costo-beneficio**

Los costos del manejo del cáncer, gracias a la constante introducción y uso incontrolado de nuevas tecnologías y tratamientos State of the Art, han ingresado en una espiral incontenible. El costo aproximado del cuidado médico de los pacientes con cáncer en EE. UU., excede los 35 billones de dólares al año; en una HMO (Health Maintenance Organization) americana el 47% de los pacientes con cáncer eran “enrolados de alto riesgo”, es decir, que costaban más de \$ 4.500,00 por año. Como la inversión en salud de los países en vías de desarrollo es mínima y el porcentaje de la población no asegurada es mayoritario, estas poblaciones reciben lamentablemente una atención por debajo del estándar o no la reciben.

El rubro “farmacia” representa 70-80% del costo del tratamiento del cáncer, y los precios de los medicamentos oncológicos se elevan inconteniblemente con el ingreso constante de agentes novedosos producidos por la nueva y costosa tecnología. El gasto mundial de medicinas para el cáncer supera los 10 billones de dólares.

El impacto económico de estos tratamientos en la economía del enfermo con cáncer no asegurado, y finalmente en el presupuesto de salud del país, amerita ser analizado, sobre todo considerando que la mayoría son tratamientos paliativos.

La Organización Mundial de la Salud, considerando que la mayoría de estos costosos medicamentos produce solo limitados beneficios, los ha reiterado de sus recomendaciones sobre las drogas esenciales para el tratamiento del cáncer especialmente en los países del tercer mundo<sup>(17)</sup>.

#### **Proposición**

Dar primer debate al proyecto de ley número **090 de 2007 Cámara**, por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano. Y **142 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia (acumulado) con el texto propuesto anexo.

Atentamente,

*Eduardo Benítez Maldonado, Jorge Morales Gil,*  
Ponentes.

#### **TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE, INCLUIDAS LAS MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA**

*por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano.*

#### **Y 142 DE 2007 CAMARA**

*por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia, acumulados según Resolución número 05 del 25 de marzo de 2008 de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes.*

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios

de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

Artículo 2°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adiciones, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con esta enfermedad.

Artículo 3°. *Campo de aplicación.* Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana, residente en el territorio nacional.

Artículo 4°. *Definiciones.* Las siguientes definiciones se aplican a esta ley.

a) **Control integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;

b) **Cuidado paliativo.** Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas;

c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas conformadas por profesionales de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate;

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo “necesarios para su empleo en la atención a los pacientes”. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Artículo 5°. *Control integral del cáncer:* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional en salud para la República de Colombia.

El control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determina acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 6°. *Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados de manera permanente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 7°. *Prestación de Servicios Oncológicos*. La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo definidos en la presente ley, que garantizan atención integral oportuna y pertinente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y con participación de las sociedades científicas, elaborará y actualizará en un plazo de 12 meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes pediátricos, adultos y técnicos. Condiciones de acceso, oportunidad y calidad para la atención del paciente con cáncer.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar la estructuración de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá en un plazo de 6 meses las Unidades Funcionales de obligatoria estructuración, así como los requisitos mínimos de habilitación. Esto no exime a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes ni a los responsables de la población pobre no asegurada de garantizar la atención con oportunidad, calidad e integralidad al resto de las neoplasias y enfermedades relacionadas que no sean incluidas en las Unidades Funcionales Obligatorias.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, reglamentará, en un plazo máximo de 6 meses, los requisitos esenciales de las Unidades Funcionales de Cáncer Pediátrico.

Parágrafo 5°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer Pediátrico, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 8°. *Cuidado paliativo*. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá, basado en modelos y modalidades de atención que permitan disminuir las barreras de acceso, los estándares de calidad para la prestación de servicios de cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, la disponibilidad, la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 9°. *Rehabilitación integral*. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social (incluyendo prótesis).

Artículo 10. *Red Nacional de Cáncer*. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y podrá concurrir en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer. Lo anterior sin perjuicio de que le sean asignadas funciones en la coordinación de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.

Artículo 11. *Red de Prestación de Servicios Oncológicos*. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Artículo 12. *Servicio de Apoyo Social*. A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

Parágrafo 1°. En un plazo máximo de dos años, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quién será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.

Artículo 13. *Sistemas de Información*. Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto y Pediátrico, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros:

- a) Los Laboratorios de Histopatología;
- b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos;
- c) Los Centros de Radiodiagnóstico;
- d. Las entidades de prestación de servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;
- e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Medicina Legal.

Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de mortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), suministrará la información.

Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacionales de Cáncer Adulto y Pediátricos.

Artículo 14. *Observatorio Epidemiológico del Cáncer*. Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación

técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.

El observatorio epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.

Los informes del observatorio serán consideradas como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.

Artículo 15. *Investigación en cáncer en Colombia.* Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias) y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país.

Artículo 16. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo, entre otros) en cáncer.

Artículo 17. *Formación de recurso humano en Oncología.* Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.

Artículo 18. *Inspección, vigilancia y control.* Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y la Defensoría del Usuario, serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos y de determinar las sanciones a que correspondan.

Parágrafo 1°. *De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los usuarios y pacientes del SGSSS por parte de los aseguradores y Entes Territoriales.* El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien este defina, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 19. *Sanciones.* El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.

Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Alto Costo.

Artículo 20. *Financiación.* A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.

Entre otros recursos, se financiará la Subcuenta de Alto Costo del SGSSS con las siguientes fuentes:

- a) Los excedentes de la cuenta ECAT;
- b) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a las acciones colectivas de salud pública, definidos en la Ley 715 de 2001;
- c) Los recursos provenientes del 1% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;
- d) Los recursos provenientes de 2% de las utilidades del sector financiero que opera en el país;
- e) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 10% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 5%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las Fuerzas Armadas, de Policía y las entidades de seguridad del Estado;
- f) Los recursos provenientes del plan de acción y recuperación de dineros perdidos por concepto de evasión y elusión y evaluados de acuerdo con el plan de desempeño conjunto con el Fosyga, DIAN y Ministerios de Hacienda y la Protección Social que deberá estar definido a 31 de diciembre de 2008 y será estructurado con un cronograma de ejecución a 4 años.

Parágrafo 1°. *Coefficiente de UPC.* Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con Cáncer se calculará un coeficiente por EPS, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de Cáncer. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de Cáncer de la EPS, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS, no ajustada, en el período de estudio. Para este fin se utilizará la fórmula de cálculo definida para el ajuste de la UPC para la IRC y las modificaciones que requiera para este fin. El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el coeficiente definido anualmente por el CNSSS que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número de casos de Cáncer, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el Coeficiente. Para la aplicación del coeficiente se hará a partir de la compensación correspondiente a los dos (2) meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo 2°. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente CIRC para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente CIRC con relación a la Compensación Observada, obtenida en el período de estudio, julio 1° del año n-2, a junio 30 del año n-1.

Parágrafo 3°. El Coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades Adaptadas al SGSSS, regímenes de exención y regímenes especiales.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, destinarán como contingencia para el financiamiento y ejecución del Plan de Acción contra el Cáncer definido en la presente ley, para ello, se destinará el 20%, correspondiente a la distribución equitativa según carga de la enfermedad de cada una de las patologías definidas como catastróficas o de alto costo, de la Subcuenta de Alto Costo definida en el Decreto 2699. Los recursos definidos en la presente ley serán administrados por una fiducia independiente que podrá ser constituida por las EPS tanto contributivas como subsidiadas que operan en el país. Estos recursos deberán garantizar que se supera el riesgo de iliquidez y quiebra de Empresas Promotoras de Salud por no tomar decisiones frente al comportamiento y la tendencia comprobadas del alto costo en el Sistema.

Artículo 21. *Día de Lucha contra el Cáncer.* Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.

El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 22. *Vigencia.* Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el *Diario Oficial* y su reglamentación se dará en los 6 meses siguientes a la promulgación.

Atentamente,

*Eduardo Benítez Maldonado, Jorge Morales Gil,*  
Ponentes.

\* \* \*

### **PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 240 DE 2008 CAMARA, 207 DE 2007 SENADO**

*por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980  
y se impone una sanción por su incumplimiento.*

Bogotá, D. C., 10 de abril de 2008

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario General Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad

Respetado doctor:

De acuerdo a la designación efectuada por la Mesa Directiva de la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, me permito rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 240 de 2008 Cámara, 207 de 2007 Senado, *por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980 y se impone una sanción por su incumplimiento.* Cumpliendo con el honoroso encargo dispensado por los Dignatarios de esta Comisión, rindo ponencia favorable al proyecto de ley arriba indicado.

#### **Objetivo del proyecto**

El objetivo del proyecto es el de simplificar el trámite administrativo requerido para la sustitución pensional por muerte del pensionado y asegurar el oportuno pago de la mesada pensional y la prestación del servicio de salud a su cónyuge o compañero(a) permanente, hijos menores o inválidos permanentes.

#### **Origen del proyecto**

El Proyecto de ley número 240 de 2008 Cámara, 207 de 2007 Senado, *por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980 y se impone una sanción por su incumplimiento,* fue presentado por el honorable Senador José Gonzalo Gutiérrez.

#### **Del contenido del proyecto**

La iniciativa legislativa consta de diez (10) artículos, texto este concertado por el autor y ponente con el Gobierno Nacional desde su trámite en el Senado de la República, razón esta por la cual no sugiero modificación alguna a fin de asegurar el éxito en su trámite requerido para su formación como ley.

#### **Desarrollo del tema y marco conceptual**

Esta iniciativa nace del clamor de viudas y huérfanos que padecen angustias económicas y desprotección en el servicio de salud por la demora en el trámite de la sustitución pensional por parte de los Operadores del Sistema General de Pensiones y por ende la negación del servicio de salud.

La iniciativa señala que al momento de notificarse el pensionado del acto jurídico que le concede tal calidad, manifestará por escrito los beneficiarios a los cuales él desea, le sea sustituida la pensión de manera provisional, en caso de fallecimiento, para lo cual deberán presentar la solicitud de sustitución pensional definitiva, anexando el Registro Civil de Defunción del causante y la constancia de presentación de la solicitud de sustitución provisional.

Así mismo contempla que los empleadores u operadores públicos o privados, a cargo de los cuales se encuentre el reconocimiento de pensiones, deberán proferir dentro de los quince (15) días siguientes a la radicación de la solicitud definitiva, acto jurídico en el cual ordenan el pago inmediato en forma provisional, de la pensión del fallecido y si el operador público responsable de resolver la sustitución, omitiere hacerlo dentro del término previsto, incurrirá en falta gravísima sancionable de conformidad con el código único disciplinario; en caso de que la omisión proviniera de un

operador privado o empleador, la sanción será el equivalente a diez (10) salarios mínimos legales vigentes, por cada día de retardo, a cargo de la entidad, produciendo la multa, intereses moratorios y comerciales.

Además establece el proyecto, de manera transitoria, un plazo improrrogable de un año, para que el Gobierno Nacional efectúe un plan de ajuste en las entidades estatales reconocedoras de pensiones, dotándolas de herramientas necesarias que les permita evacuar los trámites pendientes.

Esta loable iniciativa procura mitigar en forma inmediata la precaria situación económica en que queda inmersa la familia de la persona en cuya cabeza reposaba la responsabilidad del sustento familiar, es decir, el titular del derecho a la pensión, ya que sus causahabientes tienen derecho a continuar con su vida normal desde el momento mismo del fallecimiento de su protector. Es aquí precisamente, donde entra a jugar un papel trascendental la agilidad en el reconocimiento de la sustitución pensional, debido a la especial protección, que por mandato constitucional debe tener la familia, por parte del Estado, como institución básica de la sociedad, encontrando además pleno respaldo en la normatividad que regula la seguridad social, siendo esta un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse con sujeción a los principios de universalidad, solidaridad, oportunidad y eficiencia.

Téngase en cuenta que es de vital importancia la aprobación de este proyecto de ley, en la medida que salvaguarda los derechos fundamentales a la salud y por ende la vida de los beneficiarios, ya que con el rápido acceso a la sustitución pensional por parte de las viudas y huérfanos desprotegidos, estarían asegurados en forma oportuna y eficaz.

#### **Fundamento constitucional y legal**

La Corte Constitucional en Sentencia C-1176 de 2001 dijo: “la sustitución pensional (...) es un derecho que permite a una o varias personas entrar a gozar de los beneficios de una prestación económica antes percibida por otra, lo cual no significa el reconocimiento del derecho a la pensión sino la legitimación para reemplazar a la persona que venía gozando de este derecho. (...) la sustitución pensional tiene como finalidad evitar que las personas allegadas al trabajador y beneficiarios del producto de su actividad laboral queden por el simple hecho de su fallecimiento en el desamparo o la desprotección. Principios de justicia retributiva y de equidad justifican que las personas que constituían la familia del trabajador tengan derecho a la prestación pensional del fallecido para mitigar el riesgo de viudez y orfandad al permitirles gozar post mortem del status laboral del trabajador fallecido”.

(...) “el propósito perseguido por la ley a establecer la pensión de sobrevivientes es la de ofrecer un marco de protección a los familiares del afiliado o del pensionado que fallece, frente a las contingencias económicas derivadas de su muerte. Concretamente, la pensión busca que “ocurrida la muerte de una persona, quienes dependían de ella se vean obligados a soportar individualmente las cargas materiales y espirituales de su fallecimiento. Desde esta perspectiva ha dicho la Corte: “la sustitución pensional responde a la necesidad de mantener para su beneficiario, al menos el mismo grado de seguridad social y económica con que contaba en vida del pensionado fallecido, que al desconocerse puede significar, en no pocos casos, reducirlo a una evidente desprotección y posiblemente a la miseria”.

#### **Proposición**

Basado en las precedentes consideraciones solicito a la Comisión Séptima aprobar en primer debate el Proyecto de ley número 240 de 2008 Cámara, 207 de 2007 Senado, *por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980 y se impone una sanción por su incumplimiento.*

*Pedro Jiménez Salazar,*  
Representante Ponente.

### **TEXTO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 240 DE 2008 CAMARA, 207 DE 2007 SENADO**

*por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980  
y se impone una sanción por su incumplimiento.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 1° de la Ley 44 de 1980 quedará así:

“**Artículo 1°.** Para simplificar el trámite de sustituciones pensionales, ante cualquier operador, sea público, privado o de un empleador que tenga a su cargo el reconocimiento de pensiones, sean estas legales o convencionales y asegurar el pago oportuno de la mesada pensional y prestación del servicio de salud a quienes tienen derecho a ello, el pensionado al momento

de notificarse del acto jurídico que le reconoce su pensión, podrá solicitar por escrito, que en caso de su fallecimiento, la pensión le sea sustituida, de manera provisional, a quienes él señale como sus beneficiarios, adjuntando los respectivos documentos que acreditan la calidad de tales.

Para efectos de determinar el grado de invalidez de un beneficiario, se requiere la evaluación ante la Junta Médica de Invalidez, con cargo a la EPS, si se trata de un afiliado o con cargo a la administradora de la pensión, si se trata de una persona no afiliada.

Parágrafo 1°. La solicitud deberá presentarse por duplicado, cuyo original se adjuntará al acto jurídico a través del cual se reconoció la pensión y la copia se devolverá al solicitante con la constancia de su presentación.

Parágrafo 2°. El hecho de que el pensionado no hubiere modificado, antes de su fallecimiento, el nombre de su cónyuge supérstite o compañero(a) permanente, establecen a favor de estos o estas la presunción legal de no haberse separado de él o ella por su culpa”.

Artículo 2°. El artículo 2° de la Ley 44 de 1980 quedará así:

“**Artículo 2°. Presentación de la solicitud.** Fallecido el pensionado, en el evento que este haya solicitado la sustitución pensional, sus beneficiarios, deberán presentar la solicitud de sustitución definitiva, adjuntando el Registro Civil de Defunción del causante y la constancia de presentación de la solicitud de traspaso provisional de que trata el artículo anterior.

En el evento que el fallecido, no haya solicitado la sustitución pensional, sus beneficiarios podrán acudir a sustituirle previa solicitud escrita dirigida al operador pensional y se procederá acorde al trámite establecido en la presente ley para la solicitud de sustitución definitiva.

Los solicitantes actuarán en formulario o formato que expida el operador o mediante solicitud escrita dirigida a la entidad operadora”.

Artículo 3°. El artículo 3° de la Ley 44 de 1980 quedará así:

“**Artículo 3°. Términos para decidir la solicitud de sustitución provisional.** Los operadores públicos, privados o los empleadores que tengan a su cargo el reconocimiento de pensiones, según sea el caso, dentro de los 15 días siguientes a la radicación de la solicitud de sustitución definitiva, deberán proferir acto jurídico, apoyándose en el memorial inicial del pensionado y las pruebas, ordenando el pago inmediato, en forma provisional, de la pensión del fallecido, en la misma cuantía que se venía disfrutando, distribuidas de conformidad con la ley, a partir del día siguiente del fallecimiento del causante”.

Artículo 4°. El artículo 4° de la Ley 44 de 1980, quedará así:

“**Artículo 4°. Publicación y requerimiento.** En el acto jurídico que decreta la sustitución provisional, el operador público, privado o empleador que tenga a su cargo el reconocimiento de pensiones, ordenará la publicación inmediata del edicto emplazatorio, en un periódico de amplia circulación, dirigido a quienes se crean con derecho a la sustitución de la pensión del fallecido, a fin de que dentro de los treinta (30) días siguientes se presenten a reclamarla aportando las pruebas en que se funden, así como las conducentes a desconocer los derechos de los beneficiarios indicados en el acto jurídico provisional, si fuere el caso.

De otro lado, para efectos del cobro de mesadas causadas y no cobradas por el pensionado fallecido, dentro del mismo acto jurídico de reconocimiento provisional se ordenará requerir a las entidades encargadas del pago de la pensión para que expida el certificado de la última mesada cobrada por el causante, certificación que debe expedirse en el término de quince (15) días”.

Artículo 5°. **Términos para decidir la sustitución pensional definitiva.** Si no se presentare controversia, la sustitución, de manera definitiva, se resolverá dentro de los diez (10) días siguientes al vencimiento del término del edicto emplazatorio. En caso de controversia se resolverá dentro de los veinte (20) días siguientes.

En caso de que los beneficiarios iniciales tuvieren que hacer compensaciones a los nuevos por razón de las sumas pagadas, así se ordenará en el acto jurídico y lo ejecutará la entidad pagadora.

Las compensaciones se harán descontando el valor correspondiente de las futuras mesadas.

Artículo 6°. **Definición del derecho a sustitución pensional en caso de controversia.** En caso de controversia suscitada entre los beneficiarios por el derecho a acceder a la pensión de sustitución, se procederá de la siguiente manera:

Si la controversia radica entre cónyuges y compañera (o) permanente, y no versa sobre los hijos, se procederá reconociéndole a estos el 50% del valor de la pensión, dividido por partes iguales entre el número de hi-

jos comprendidos. El 50% restante, quedará pendiente de pago, por parte del operador, mientras la jurisdicción correspondiente defina a quién se le debe asignar y en qué proporción, sea cónyuge o compañero (a) permanente o ambos si es el caso, conforme al grado de convivencia ejercido con el causante, según las normas legales que la regulan. Si no existieren hijos, el total de la pensión quedará en suspenso hasta que la jurisdicción correspondiente dirima el conflicto.

Si la controversia radica entre hijos y no existiere cónyuge o compañero(a) permanente que reclame la pensión, el 100% de la pensión se repartirá en iguales partes entre el total de hijos reclamantes, pero solo se ordenará pagar las cuotas que no estuvieran en conflicto, en espera a que la jurisdicción decida. Si existe cónyuge o compañero(a) permanente se asignará el 50% a este o estas(os) y sobre el 50% correspondiente a los hijos se procederá como se dispuso precedentemente.

Artículo 7°. **Transición.** El Gobierno Nacional deberá llevar a cabo, en un plazo improrrogable de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente ley, un plan de ajuste en las entidades estatales reconocedoras de pensiones, con el fin de poder dar cumplimiento a los términos de esta ley, para lo cual se dotará a dichas entidades de las herramientas necesarias para evacuar los trámites pendientes, adecuando los procesos y procedimientos operativos para dar cumplimiento estricto a los términos de la presente ley.

Artículo 8°. Los beneficiarios de la sustitución pensional, podrán acudir ante cualquier Juez de la República e interponer la acción de tutela, para que les sea resuelto el derecho de petición, de conformidad con los términos establecidos en la presente ley.

Artículo 9°. Si por causa imputable al operador público o privado la sustitución pensional no es resuelta dentro de los términos previstos en esta ley, la conducta se sancionará con multa equivalente a diez (10) salarios mínimos legales diarios vigentes por cada día de retardo, a cargo del responsable.

La resolución que imponga la multa, será proferida por la entidad que ejerza vigilancia y control sobre el pagador de pensiones y las correspondientes a otros operadores distintos a los vigilados las expedirá el Ministerio de la Protección Social.

La resolución proferida por el Ministerio, prestará mérito ejecutivo y será exigible ante la jurisdicción coactiva. Los recursos recaudados por la imposición de estas multas, se destinarán a financiar el Fondo de Solidaridad Pensional establecido en la Ley 100 de 1993.

Artículo 10. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Pedro Jiménez Salazar,  
Representante Ponente.

## CONTENIDO

Gaceta número 140 - Martes 15 de abril de 2008  
CAMARA DE REPRESENTANTES

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>PROYECTOS DE LEY</b>  |      |
| Proyecto de ley número 283 de 2008 Cámara, protección de menores de la mendicidad.....   | 1    |
| Proyecto de ley número 284 de 2008 Cámara, por medio de la cual se modifica el artículo 2° de la Ley 334 de 1996, por la cual se autoriza la emisión de la estampilla Universidad de Cartagena, siempre a la altura de los tiempos .....   | 5    |
| <b>PONENCIAS</b>   |      |
| Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado colombiano; y 142 de 2007 Cámara, por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia, acumulados según Resolución número 05 del 25 de marzo de 2008 de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes. .... | 7    |
| Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 240 de 2008 Cámara, 207 de 2007 Senado, por la cual se modifican algunos artículos de la Ley 44 de 1980 y se impone una sanción por su incumplimiento .....  | 15   |