REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XIX - Nº 172 Bogotá, D. C., martes 4 de mayo de 2010 EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

LEYES SANCIONADAS

LEY 1384 DE 2010

(abril 19)

Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *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 adulto, 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 de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Artículo 2°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

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 ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios 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. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

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 para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1º. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como 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 que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; 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 2º. 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 3º. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, 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 parte integral del 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 excepción 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 y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá dentro de los seis 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 a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS.

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

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, elaborará y adoptará en un plazo de seis 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 oncológicos de obligatoria aplicación.

Artículo 8°. *Criterios de funcionamiento de las unidades funcionales.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:

1. **Recurso Humano:** Hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional.

2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución.

3. **Infraestructura:** Deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades.

4. **Interdependencia de servicios:** Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.

5. **Radioterapia:** La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

6. **Hospitalización:** La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

7. **Rehabilitación:** La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

8. **Unidad de Cuidado Paliativo:** La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer, habilitadas, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 9º. *Criterios de atención en lugares aislados del país.* Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, que se encuentren en lugares aislados del país, deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada, deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

Para la atención primaria en cáncer se deberán cumplir con los siguientes criterios:

1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas.

2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos.

3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos.

4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, determinará y planificará las condiciones y parámetros en que se brindará la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia. Este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados.

Artículo 10. *Cuidado paliativo.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción 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 y que cumpla con los criterios antes descritos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, o quien haga sus veces, la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

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

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

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

Artículo 12. *Red Nacional de Cáncer.* El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo. 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.

Artículo 13. *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 y contenidos en la presente ley.

Parágrafo. 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 14. *Servicio de Apoyo Social.* Una vez el Gobierno reglamente 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 un (1) año, 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, quien 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 15. *Sistemas de información.* Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral 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 morbimortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto, el Instituto Nacional de Salud 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 será de uso público y estarán disponibles en la página web de la Institución y actualizados semestralmente.

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

Artículo 16. *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 considerados 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 17. *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, 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. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hematooncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología.

Artículo 18. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer.

Parágrafo. La autoridad sanitaria competente garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos para que se aprueben para el tratamiento del cáncer y exigirá estudios clínicos o pruebas de equivalencia terapéutica, según corresponda.

Artículo 19. *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 20. *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 concurrirá como garante la Defensoría del Pueblo, de conjunto 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.

Parágrafo 1°. 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 esta delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega. Además, estos procesos se adelantarán con el fin de obtener una decisión final, la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2º. 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 (6) meses, reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 21. *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.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud creará un registro en el que figure la entidad a la que se le imparte la multa, el motivo, la fecha y el tipo de multa impartida. Adicionalmente, deberá constar el número de veces que cada entidad ha sido multada y en el caso de que la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces delegue en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales la función sancionatoria, estas deberán reportar a la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, las sanciones impartidas, lo que permitirá una información veraz y persistente en el tiempo.

Artículo 22. *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.

Artículo 23. *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 24. *Vigencia*. Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el ***Diario Oficial*** y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Javier Cáceres Leal.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Ramón Otero Dajud

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Édgar Alfonso Gómez Román

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA –
GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C. a 19 de abril de 2010.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Óscar Iván Zuluaga Escobar

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Plena

Sentencia C-662 de 2009

Expediente: OP-124

Objeciones presidenciales al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado, 90 de 2007 Cámara, *Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia***.**

Magistrado Ponente:

Doctor *Luis Ernesto Vargas Silva*

Bogotá, D. C., veintidós (22) de septiembre de dos mil nueve (2009).

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las previstas en el artículo 241, numeral 8 de la Constitución Política, y cumplidos los trámites y requisitos contemplados en el Decreto 2067 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

1. Registro de las Objeciones Presidenciales

Mediante oficio recibido por la Secretaría General de esta Corporación el 22 de mayo de 2009, el Presidente del Senado de la República remitió el proyecto de ley de la referencia, objetado por el Presidente de la República por razones de inconstitucionalidad, para que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 Superior, la Corte decida sobre su exequibilidad.

2. Texto del Proyecto de Ley Objetado

El texto del Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado, 90 de 2007 Cámara, objetado por el Gobierno Nacional por razones de inconstitucionalidad, es el siguiente:

LEY NÚMERO. _____

Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *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 adulto, 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 de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Artículo 2°. *Principios*. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

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 ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios 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. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

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 para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1º. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados, que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales, en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como 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, que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; 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 2º. 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 3º. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas 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 parte integral del 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 excepción 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 y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los 6 meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, 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 a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS.

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

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, elaborará y adoptará en un plazo de 6 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 oncológicos de obligatoria aplicación.

Artículo 8°. *Criterios de funcionamiento de las Unidades funcionales.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población

pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención, y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Recurso Humano: hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional.

2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución.

3. Infraestructura: deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades.

4. Interdependencia de servicios: deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.

5. Radioterapia: La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

6. Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

7. Rehabilitación: La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

8. Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia; la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 9º. *Criterios de atención en lugares aislados del país.* Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS, que se encuentren en lugares aislados del país deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

Para la atención primaria en Cáncer, se deberán cumplir con los siguientes criterios:

1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas.

2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos.

3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos.

4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución, a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas determinará y planificará las condiciones y parámetros en que se brindará la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia, este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados.

Artículo 10. *Cuidado paliativo.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción 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 y que cumpla con los criterios antes descritos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología

y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) o quien haga sus veces, la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

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

Artículo 11. *Rehabilitación integral.* Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, sicológica y social, incluyendo prótesis.

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

Artículo 12. *Red Nacional de Cáncer.* El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo. 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.

Artículo 13. *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 y contenidos en la presente ley.

Parágrafo. 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 14. *Servicio de Apoyo Social.* Una vez el Gobierno reglamente 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 un (1) año, 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, quien 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 15. *Sistemas de Información.* Se establecerán los Registro Nacionales de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral 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 morbimortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Instituto Nacional de Salud, 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 será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución y actualizados semestralmente.

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

Artículo 16. *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 considerados 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 17. *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, 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. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hematooncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología.

Artículo 18. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer.

Parágrafo. La autoridad sanitaria competente garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos para que se aprueben para el tratamiento del cáncer, y exigirá estudios clínicos o pruebas de equivalencia terapéutica según corresponda.

Artículo 19. *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 20. *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 concurrirá como garante, la Defensoría del Pueblo, de conjunto 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.

Parágrafo 1°. 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 delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega, además estos procesos se adelantarán con el fin de obtener una decisión final 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 (6) meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 21. *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.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud creará un registro en el que figure la entidad a la que se le imparte la multa, el motivo, la fecha y el tipo de multa impartida. Adicionalmente, deberá constar el número de veces que cada entidad ha sido multada y en el caso de que la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, delegue en las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales la función

sancionatoria, estas deberán reportar a la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, las sanciones impartidas, lo que permitirá una información veraz y persistente en el tiempo.

Artículo 22. *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.

Artículo 23. *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 24. *Vigencia*. Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el ***Diario Oficial*** y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República

Hernán Andrade Serrano

El Secretario General del Honorable Senado de la República

Emilio Ramón Otero Dajud

El Presidente de la Honorable Cámara de Representantes

Germán Varón Cotrino

El Secretario General de la Honorable Cámara de Representantes

Jesús Alfonso Rodríguez Camargo

3. El Trámite Legislativo

El trámite legislativo del proyecto de ley objetado fue el siguiente:

3.1. El Proyecto de ley número 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,* fue presentado ante la Secretaría de la Cámara de Representantes el 25 de septiembre de 2007, por el representante Jorge Ignacio Morales Gil. El mismo fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 479 del 27 de septiembre de 2007[1].

Por decisión de la mesa directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, el proyecto de ley mencionado fue acumulado al Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, presentado por la representante Sandra Ceballos Arévalo, publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 401 del 23 de agosto de 2007[2].

3.2. En la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara fueron designados como ponentes a los representantes, Eduardo Benítez Maldonado y Jorge Ignacio Morales Gil. La ponencia para primer debate fue publicada en la ***Gaceta del Congreso*** número 140 del 15 de abril de 2008[3]. Debe acotarse que luego de la acumulación, el Proyecto de ley 142 de 2007 Cámara fue retirado, con el fin de que fuera tramitado únicamente el Proyecto de ley 090 de 2007 Cámara, como lo expresó el Representante Ponente en comunicación del 25 de marzo de 2008, remitida al presidente de la Comisión Séptima de la Cámara[4].

3.3. De acuerdo con el informe de sustanciación, suscrito por la Secretaria de la Comisión[5] el proyecto fue discutido y aprobado por la Comisión Séptima de la Cámara, en la sesión del 6 de mayo de 2008. Igualmente, el mencionado informe hace constar que la aprobación del proyecto fue anunciada previamente en la sesión del 29 de abril del mismo año.

3.4. Para rendir ponencia en segundo debate en la Cámara de Representantes se designó nuevamente a los representantes, Benítez Maldonado, Morales Gil y a la Representante Zaida Marina Yanet Lindarte

3.5. De acuerdo con lo certificado en informe de sustanciación[6], el proyecto de ley fue aprobado en la sesión plenaria de la Cámara de Representantes el 4 de junio de 2008. En el mismo informe se hace constar que el proyecto fue anunciado en la sesión plenaria de la que da cuenta el Acta número 113 del 28 de mayo del mismo año. Por lo tanto, a través de oficio del 6 de junio de 2008[7], el Secretario General de esa célula legislativa envió el expediente del proyecto de ley a la Presidencia del Senado de la República, con el fin de que continuara su trámite.

3.6. En la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República se designó como ponente a la Senadora Dilian Francisca Toro Torres. La ponencia para primer debate fue publicada en la Gaceta del Congreso número 710 del 10 de octubre de 2008[8].

3.7. El proyecto fue aprobado por la mencionada Comisión el 18 de noviembre de 2008. Al respecto, en informe de sustanciación[9] del mismo día, señala que la discusión y votación de la iniciativa se llevaron a cabo en la fecha citada. El anuncio de esta actuación se surtió, como lo expresa el informe mencionado, el 12 de noviembre del mismo año.

3.8. Se designó nuevamente como ponente para segundo debate en el Senado de la República a la Senadora Toro Torres. La ponencia para esa instancia del trámite legislativo fue publicada en la Gaceta del Congreso número 913 del 9 de diciembre de 2008[10].

3.9. De acuerdo con el informe de sustanciación suscrito por el Secretario General del Senado de la República[11], el proyecto fue aprobado en sesión plenaria del 10 de diciembre de 2008. En el mismo

1 *Cfr*: Folio 808-812 del expediente principal 1.
2 *Cfr*: Folios 696-701 del expediente principal 1.
3 *Cfr*: Folios 599B-607 del expediente principal.
4 *Cfr*: Folio 628 del expediente principal 1.
5 *Cfr*: Folios 577-578 del expediente principal 1.
6 *Cfr*. Folio 539 del expediente principal 1.
7 *Cfr*: Folio 538 del expediente principal 1.
8 *Cfr*: Folios 380-395 del expediente principal 1.
9 *Cfr*. Folios 331-333 de expediente principal 1.
10 *Cfr*: Folios 160-171 del expediente principal 1.
11 *Cfr*: Folio 285 del expediente principal 1.

sentido, el citado informe señala que la aprobación del proyecto se llevó a cabo previo su anuncio, efectuado en la sesión plenaria del 9 de diciembre de 2008.

3.10. Debido a las discrepancias entre las cámaras sobre el texto del proyecto, debió surtirse el trámite de conciliación. Así, el informe de la Comisión accidental de mediación, publicado en las ***Gacetas del Congreso*** números, 943 y 944 del 15 de diciembre de 2008[12], fue aprobado en la Plenaria de ambas cámaras en sendas sesiones del 16 de diciembre de 2008, como consta en los informes de sustanciación proferidos por los secretarios generales de ambas células legislativas[13].

Respecto al anuncio para la votación del informe de conciliación, este fue efectuado en la plenaria del 15 de diciembre de 2008 (Acta número 158), para el caso de la Cámara de Representantes. En lo que tiene que ver con el Senado de la República, el requisito en mención fue corroborado en la sesión plenaria del mismo día (Acta número 36).

3.11. A través de oficio del 19 de diciembre de 2008, recibido en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República el 26 de diciembre del mismo año, el Secretario General de la Cámara de Representantes remitió al Presidente de la República el proyecto de ley, junto con el expediente legislativo, para su correspondiente sanción[14].

3.12. El 13 de enero de 2009, el proyecto de ley fue devuelto por el Gobierno Nacional, sin la correspondiente sanción ejecutiva, por objeciones de inconstitucionalidad, al Presidente del Senado de la República. El documento contentivo de las objeciones fue radicado en dicha dependencia el mismo día[15].

3.13. Mediante escrito del 21 de abril de 2009, los Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Alfonso Núñez Lapeira, y los representantes Zaida Marina Yanet Lindarte y Jorge Ignacio Morales Gil, presentaron informe sobre las objeciones presidenciales al proyecto de ley, en el que solicitaron su rechazo.

3.14. El anterior informe fue considerado y aprobado por las Plenarias del Senado de la República y de la Cámara de Representantes el 6 de mayo y 28 de abril de 2009, respectivamente, como consta en los informes de sustanciación presentados por los Secretarios Generales de ambas células legislativas[16].

En relación con los anuncios para votación, estos fueron realizados para el caso de la Cámara de Representantes, en la plenaria del 22 de abril de 2009, según consta en el Acta número 170 de esa fecha. En lo que respecta al Senado de la República, el anuncio fue llevado a cabo en la sesión plenaria del 5 de mayo de 2009, como consta en el Acta número 47 del mismo día.

3.15. Desestimadas las objeciones por el Congreso de la República, el Presidente del Senado de la República remitió a la Corte el proyecto para que decida sobre su exequibilidad.

4. Objeciones formuladas por el Gobierno Nacional

A través de comunicación del 13 de enero de 2009, el Ministro del Interior y de Justicia, Delegatario de Funciones Presidenciales, mediante el Decreto 017 de 2009, en concurrencia con el Ministro de Hacienda y Crédito Público y el Ministro de la Protección Social, formuló objeciones de inconstitucionalidad al proyecto de ley por considerar que vulneraba la Carta Política. Debido a la extensión del escrito de objeciones formulado por el Ejecutivo y con el fin de otorgar orden metodológico a la presente decisión, la Corte separará las objeciones en las siguientes materias.

4.1. Objeción fundada en la violación del *principio de integralidad* del sistema de seguridad social en salud

El Gobierno parte de señalar que, de acuerdo con lo señalado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), el arreglo institucional previsto en la Ley 100/93, que determina la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS), constituye *"una alternativa válida regulatoria"*. En ese sentido, la referida sentencia estableció una serie de órdenes estructurales en materia de atención en salud por el SGSSS, las cuales expresamente se supeditaron tanto a la Ley 100 de 1993, como a las normas que la han modificado, entre ellas la Ley 1122 de 2007.

Para el Gobierno Nacional, *"teniendo en cuenta lo anterior no es dable acudir al mecanismo de la regulación fragmentada y parcial del derecho a la salud y de su ejercido sin impactar la estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. || Es en ese sentido, que la jurisprudencia constitucional demanda la aplicación del principio de integralidad para que el sistema no se desajuste y pierda su consistencia y mecanismos internos de coordinación. || Obviamente, una fuente de desequilibrio es la regulación parcial y fragmentada del derecho a la salud, del tratamiento de pacientes con determinadas características o patologías, así como la destinación de recursos para financiar determinadas patologías sin consultar criterios técnicos para la definición de las prioridades en salud (incluyendo la consulta directa a los usuarios afectados con estas definiciones)."*

El Ejecutivo insiste en que a pesar de que reconoce que el legislador tiene libertad de configuración legislativa sobre la materia, el proyecto de ley objetado propicia un *"laberinto normativo que rivaliza con la concepción misma del sistema y con la voluntad del legislador de crear y organizar un conjunto de reglas de juego coherentes que regulen el aseguramiento y la atención en salud, entre otros aspectos"*. Sobre el particular, debe acotarse que la Sentencia T-760 de 2008, impartió órdenes

---

12 *Cfr*: Folios 110-123 y 128-142 del expediente principal 1.

13 *Cfr*: Folios 178 y 216 del expediente principal.

14 *Cfr*: Folio 86 del expediente principal 1.

15 *Cfr*: Folios 49-81 del expediente principal.

16 *Cfr*. Folios 1 y 20 del expediente principal 1.

de protección del derecho a la salud, con base en esa normativa general, y dirigidas a la Comisión de Regulación en Salud, CRES, organismo creado por la Ley 1122 de 2007, o en su defecto por la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, mientras se establece aquella. Por ende, si la jurisprudencia constitucional ha previsto que el SGSSS debe ser resultado de una política global e integral, cargo de la CRES y del Gobierno Nacional, el proyecto de ley objetado interfiere en el cumplimiento de esas condiciones, pues se contrapone a la solución de las fallas de regulación en el Sistema, identificadas por la Sentencia T-760 de 2008. Esta circunstancia, en últimas, impide el goce efectivo del derecho a la salud, en tanto, *"la corrección de las medidas regulatorias deben analizarse integralmente a partir del universo de patologías que deben atenderse como también a partir de los distintos grupos poblacionales y en general a toda la población, además de las consideraciones de los recursos disponibles para tales prestaciones"*. En ese orden de ideas, el legislador debe guardar la coherencia entre un SGSSS de carácter integral y general y la formulación de nuevas leyes sobre la materia, que deben conservar esas características y no adoptar regulaciones parciales y fragmentadas, como la que se propone para la atención del cáncer.

Agrega el Gobierno Nacional que varias de las competencias que prevé el proyecto de ley ya habían sido establecidas por la Ley 1122 de 2007 a la CRES, en especial aquellas relativas a la definición del contenido del Plan Obligatorio de Salud, POS, los planes de beneficios y el valor de la unidad de pago por capitación, UPC. Así, el Gobierno estima conveniente que *"el legislativo tenga en cuenta estas consideraciones de orden constitucional y de conveniencia, por lo que se objeta el presente proyecto de ley, pues, dados los lineamientos de la Corte contenidos en la Sentencia T-760 de 2008, es la CRES, o en su defecto el CNSSS, tal como se señaló anteriormente, la competente para definir y realizar las acciones de definición* (sic) *de estas coberturas, visualizando el panorama general del Sistema y la sostenibilidad financiera del mismo, a partir de los recursos que racionalmente pueden aplicar el Estado y las personas con capacidad de pago, de acuerdo con lo cual, el proyecto de ley se constituye, no por la población a la cual se beneficia, en un factor desarticulado frente a las decisiones que señala la sentencia."*

4.2. Objeción relativa al desconocimiento de las competencias de la Comisión de Regulación de Salud

El Gobierno Nacional establece, en primer término, que la Sentencia T-760/08 dispuso un grupo de órdenes estructurales, dirigidas a *(i)* corregir las fallas de regulación en el SGSSS, *(ii)* actualizar y unificar los contenidos del POS y del plan de beneficios; y *(iii)* regular el trámite interno que debe surtirse para la autorización de prestaciones médico-asistenciales. Todas estas órdenes fueron dirigidas a la CRES. Con base en esta comprobación, la objeción sostiene que *"si bien el Congreso conserva su autoridad de configuración legislativa, el desarrollo y definiciones técnicas en materia de contenidos del POS y del valor de la UPC para financiar los servicios de salud, procedimientos y medicamentos, ha sido delegada por el mismo legislador en la Comisión de Regulación en Salud, dotándola de los instrumentos e insumos técnicos para adoptar dichas decisiones siguiendo criterios de razonabilidad, complejidad y especialidad de la materia."*. En contrario, el proyecto de ley desconoce esta racionalidad en la regulación y opta por una regulación sectorial y fragmentada, contraria a la formulación de la política pública en materia de salud basada en criterios técnicos, como los que sustentan la operación de la CRES.

4.3. Objeción basada en la vulneración del derecho a la participación de los usuarios

De manera similar a las demás objeciones, el Gobierno Nacional inicia recordando cómo la Sentencia T-760 de 2008, ordenó que la formulación de la política pública en salud debe contar la participación de las personas que se verían afectadas con la misma. Por lo tanto, el Estado está obligado a garantizar instancias de participación en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación, la aplicación y la evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Estas órdenes, señala el Gobierno, están sustentadas en mandatos constitucionales precisos, que fomentan la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afectan (Artículos 2º y 3º C.P.). A su vez, la necesidad de garantizar ese derecho es replicada en la Ley Orgánica de Presupuesto y en las reformas legales introducidas al SGSSS por parte de la Ley 1122 de 2007.

No obstante, a juicio del Ejecutivo, *"el elemento democrático en el proceso de planeación, la estatura legal del plan nacional de salud pública y el contenido de dicho plan excluyen la posibilidad que por otro medio se definan las prioridades de atención en salud, sin que se consulten periódicamente los componentes técnicos y la estructura propia del proceso de planeación para incluir la atención de riesgos en salud, como el cáncer, de manera aislada, fragmentada y sin consultar criterios de integralidad y sustentabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud."*

4.4. Objeción relacionada con la violación de la reserva de ley estatutaria

El Gobierno Nacional señala que, de acuerdo con las consideraciones realizadas en la sentencia T-760/08, el derecho a la salud tiene carácter fundamental autónomo, *"en la medida en que se trata no sólo de un derecho de contenido prestacional sino también, de manera principal, de un derecho subjetivo, universal e inalienable, como lo viene entendiendo la jurisprudencia constitucional"*. Por ende, el proyecto de ley incurre en un vicio de inconstitucionalidad por cuanto *"(i) erróneamente regula el contenido esencial del derecho a la vida cuando ha debido de manera clara, expresa y directa*

al derecho a la salud, como derecho fundamental autónomo al que se refiere la materia del proyecto; y (ii) tramitarse (sic) *como ley estatutaria en la medida que los artículos 1 y 2 señalan unos límites regulatorios y la manera de ejercitarse y garantizarse el derecho fundamental (a la vida y que ha debido referirse a la salud).”*

4.5. Objeción fundada en la incompatibilidad del proyecto de ley con el *Plan Nacional de Salud Pública*

El Gobierno parte de recordar que la Sentencia T-760 de 2008 destacó que el Plan Nacional de Salud Pública, a cargo del Gobierno Nacional y previsto en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, se mostraba como una herramienta útil para unificar los lineamientos en salud pública. En tal sentido, la decisión de la Corte destacó que dicho plan expresaba los contenidos y prioridades del Estado en lo referente a la atención en salud. Ese reconocimiento por parte del Tribunal Constitucional, *“permite divisar la manera cómo el proyecto de ley invade la órbita de objetivos y contenido de dicho plan de salud pública.”*

4.6. Objeción sobre el desconocimiento de las normas orgánicas de presupuesto

El Ejecutivo señala que el proyecto de ley pretermitió el requisito previsto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003, Orgánica de Presupuesto, el cual obliga que se haga explícito el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, impacto que además deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para cumplir con este propósito, la citada disposición establece que deberá incluirse en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ejecutivo resalta que en el proyecto de ley existen varias expresiones que involucran el uso de nuevas tecnologías y de prestaciones excluidas del POS, por lo que debieron estudiarse aspectos relacionados con la falta de capacidad de pago de los usuarios, la existencia de otras alternativas terapéuticas de mayor costo efectividad, etc.; omisión que resta racionalidad y eficiencia a la iniciativa legislativa, a la vez que incorporan un impacto fiscal, sin que se establezcan las fuentes para su financiamiento. Sostiene que, *“esta iniciativa legislativa no presente consistencia no solo con lo previsto en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, por cuanto no está debidamente financiado con los recursos disponibles, no cumplió con ello lo previsto por el artículo 151* (sic)*, sino que además genera un desequilibrio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud habida cuenta que el mismo no cuenta con fuente de financiación que permita atender los beneficios que aquí se otorgan.”*

Por último, a fin de sustentar la presente objeción, el Gobierno Nacional pone de presente un grupo de consideraciones planteadas por la jurisprudencia constitucional, en especial aquellas plasmadas en la Sentencia T-760 de 2008, que versan sobre las exigencias de índole presupuestal que preceden a la sostenibilidad financiera del SGSSS. Insiste, en el mismo sentido, que resulta en extremo “inconveniente” que a través de leyes se modifique el contenido del POS y del plan de beneficios de los afiliados y beneficiarios a los distintos regímenes, sin que estas alteraciones hayan sido sometidas al previo escrutinio técnico por parte de instancias como la CRES, las cuales adelantan análisis sobre la conveniencia y sostenibilidad financiera de las medidas correspondientes.

5. Insistencia del Congreso de la República

El Congreso de la República insistió en la aprobación del proyecto, pues considera infundadas las objeciones presidenciales. Para este efecto, el informe sobre las objeciones presidenciales rendido por los Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Alfonso Núñez Lapeira, al igual que por los Representantes, Zaida Marina Yanet Lindarte y Jorge Ignacio Morales Gil, exponen las razones que sustentan la insistencia en la constitucionalidad del artículo objetado.

5.1. En cuanto a la objeción por violación de los principios del SGSSS, el Congreso señaló que en relación concreta con el principio de integralidad, este encuentra sustento en las previsiones de la Ley 1122 de 2007, las cuales están dirigidas a *“eliminar progresivamente las barreras al acceso a los servicios de salud a partir de la universalidad del aseguramiento con la que se obtendrá una mayor dispersión del riesgo en salud y financiero, se reduciría el problema de selección adversa; y se determina que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población con base en las metas de resultados en salud que se han definido.”* En consecuencia, habida cuenta la incidencia del cáncer en el país, que la ubica dentro de uno de los latentes problemas de salud pública, la intención del proyecto de ley es, *“corregir en cierta forma los errores que se han cometido en la aplicación de la ley, dando prioridad a la atención en esta patología que actualmente es una de las mayores causas de morbi-mortalidad en el país, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad y por sobre todo mejorar la focalización de los recursos que en la intervención se destinan para evitar el incremento de la carga de la enfermedad.”*

Para el Legislativo, el Gobierno Nacional yerra en considerar que el proyecto de ley impide el cumplimiento de los principios constitucionales que prefiguran el SGSSS. En contrario, la iniciativa brinda herramientas efectivas para fortalecer la atención en una dolencia que, por sus características, interfiere en forma grave los derechos a la vida y a la dignidad humana. Al respecto, se insiste que el proyecto de ley tiene como finalidad subsanar la omisión gubernamental en la prestación de atención en salud, de forma eficiente, a los pacientes de cáncer, quienes no obtienen cobertura suficiente dentro de los parámetros generales del SGSSS. En

tal sentido, lo que pretende el proyecto de ley no es nada distinto que proteger los derechos a la vida, a la salud y la dignidad humana –del modo como han sido definidos conceptualmente por la jurisprudencia constitucional– de los afectados con cáncer, quienes están, sin duda alguna, en condiciones de debilidad manifiesta, por lo que requieren la atención prioritaria por parte del Estado.

5.2. Frente al presunto desconocimiento de las competencias adscritas a la CRES y reconocidas por la jurisprudencia constitucional, el informe sostiene que *"las facultades constitucionales otorgadas al Congreso de la República para el trámite de leyes sobre las distintas materias, no excluye aquellos aspectos que hayan sido asignados por un fallo a otras instancias. Por esta razón, si bien es cierto lo expresado por el Gobierno en su oficio de objeciones, tales afirmaciones no quitan competencia, mas aun cuando el objeto del proyecto de ley es precisamente corregir las inequidades que frente a la patología de cáncer existen y tomar acciones efectivas para la atención de los pacientes que tienen patologías graves que diezman su calidad de vida, toda vez que estas acciones no han sido tomadas de manera oportuna por las instancias gubernamentales a quienes corresponde."*

5.3. En lo que respecta a la objeción por desconocimiento del derecho a la participación de los usuarios, el Congreso sostiene que el trámite de la iniciativa contó con el activo debate de distintas asociaciones, quienes expresaron profusamente sus opiniones acerca del contenido del proyecto de ley. Por lo tanto, no existía sustento alguno para acusar a la iniciativa de vulnerar el citado derecho fundamental.

Adicionalmente, el informe pone de presente que la existencia de un plan nacional de salud no implica, como erróneamente lo sostiene el Ejecutivo, que este sea el único espacio para la participación de las políticas públicas sobre la materia y que el mismo no sea compatible con el desarrollo de leyes puntuales, que buscan dar respuesta a los requerimientos de patologías de alto impacto en la salud de la población colombiana.

5.4. Respecto a la objeción por desconocimiento de la reserva de ley estatutaria, el Congreso parte de advertir que, como lo ha establecido esta Corte, no todas las iniciativas legislativas que regulen materias relacionadas con los derechos fundamentales están sometidas a la reserva mencionada, sino solo aquellas que versen sobre temas esenciales y estructurales del mismo. El proyecto de ley no regula el núcleo esencial del derecho a la salud, sino que lo que es busca es *"permitir el reconocimiento y priorización en la atención de una patología que por su incidencia y prevalencia en índices de morbilidad y mortalidad afectan de gran manera a la población colombiana"*. Así, no se cumplen en el caso concreto los requisitos previstos en la jurisprudencia constitucional para la sujeción a la reserva de ley estatutaria.

5.5. Finalmente, respecto a la objeción basada en el desconocimiento de las normas orgánicas de índole presupuestal, el informe señala que varias de las disposiciones del proyecto de ley carecen de impacto fiscal, pues hacen parte coberturas y recursos actualmente previstos en el SGSSS, condición que se evidencia en los artículos 5º, 11, 12 y 22. Además, las medidas que demandan nuevos recursos plantean fórmulas de transición e implementación que las hacen viables. Insiste en que *"*[e]*n una mirada minuciosa, se pudo identificar que las acciones que requieren o comprometen nuevos recursos para dar viabilidad a dicho proyecto, son de origen público y otras de inversión privada. De este último, se hacen exigencias que no coartan el derecho a la libre empresa, más bien, lo que intenta la ley, es elevar los estándares de eficiencia, eficacia y calidad en la atención del cáncer en Colombia"*.

El informe agrega que, como lo ha dispuesto la jurisprudencia constitucional, el goce de los derechos fundamentales no puede estar supeditado a condicionamientos de índole fiscal. Bajo esta premisa, considerar la incompatibilidad con la Carta Política de la iniciativa a partir de argumentos económicos, desconocería la competencia del Congreso para configurar la institucionalidad del SGSSS, conclusión apoyada en distintas decisiones de la Corte, como es el caso de la Sentencia C-1032/06.

Por último, sostiene el Congreso que el proyecto de ley sí establece la fuente de financiación del posible costo de algunos aspectos de la iniciativa, la cual se adscribe a las cotizaciones de los afiliados al SGSSS, junto con los recursos fiscales del orden nacional y territorial. En consecuencia, no es acertado considerar que el proyecto implique contar con recursos públicos adicionales a los existentes para la atención en salud.

6. Intervención Ciudadana

Para efectos de hacer efectiva la intervención ciudadana, mediante Auto del 29 de mayo de 2009, el magistrado sustanciador ordenó fijar en lista el presente proceso por el término de tres (3) días, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2067 de 1991. En cumplimiento de lo anterior, la Secretaría General lo fijó en lista el día 1º de junio del mismo año.

Dentro del término de fijación, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi, por intermedio de su Presidente Ejecutivo, intervino en el presente proceso, con el fin de defender la inexequibilidad de la normas acusadas. Para ello reitera en buena medida los argumentos expresados por las objeciones gubernamentales y pone de presente los siguientes asuntos nuevos.

6.1 En criterio del interviniente, el proyecto de ley afecta la sostenibilidad financiera del SGSSS, en tanto obliga a que los regímenes contributivo y subsidiado deban ofrecer todas las prestaciones médico-asistenciales para la atención del cáncer, sin considerar los recursos escasos que financian el Sistema, la criterios de costo-efectividad para la inclusión de prestaciones asistenciales en el POS, los riesgos más relevantes de la población, ni la calidad media y la tecnología disponible en el

país. Ello debido a que pretermite a la CRES como instancia competente para definir el contenido del POS. Resalta que, entre otras medidas, la iniciativa ordena a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, la implementación de Unidades Funcionales para la Atención del Cáncer, con exigentes condiciones y estándares, circunstancia que redundaría en la discriminación contra los pacientes con otras enfermedades de alto costo, quienes no serían beneficiarios de similares contenidos prestacionales.

6.2. De manera análoga a lo expuesto por las objeciones presidenciales, el interviniente indica que la Sentencia T-760 de 2008 estableció órdenes concretas a la CRES, relacionadas con la actualización y definición de los contenidos del POS, al igual que con la unificación de las prestaciones entre los distintos regímenes, para lo cual dispuso determinados requisitos médico-científicos, de equilibrio presupuestal y de participación de los usuarios. Estas condiciones son desconocidas por el proyecto de ley, el cual definió los contenidos del POS respecto al tratamiento del cáncer, sin cumplir con dichos requisitos.

6.3. Acemi sostiene que el proyecto objetado vulnera los artículos 48 y 49 de la Constitución, en tanto la inclusión del tratamiento integral y definitivo para el cáncer es incompatible con el principio de eficiencia del sistema general de seguridad social en salud, previsto en dichos preceptos superiores y definido por el artículo 2º de la Ley 100 de 1993 como la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados de forma adecuada, oportuna y suficiente.

Para sustentar esta afirmación, el interviniente reitera que las inclusiones al POS que realiza el proyecto de ley no estuvieron precedidas de estudios técnicos sobre su sostenibilidad financiera y la prioridad de la atención de los pacientes de cáncer frente al universo de patologías. Esta omisión desconoce *(i)* el principio constitucional de eficiencia del SGSSS, *(ii)* las competencias técnicas conferidas a la CRES y al CNSSS; y *(iii)* las órdenes previstas en la Sentencia T-760 de 2008, que apuntan a la adecuación de los contenidos del POS, bajo criterios de sostenibilidad financiera y participación de los usuarios.

Igualmente, indica que las normas constitucionales citadas son desconocidas, en cuanto afectan el principio de universalidad del SGSSS. Considera el interviniente que los costos que implica la aplicación del proyecto de ley necesariamente repercutirían en la ampliación del régimen subsidiado de salud, restringiéndose con ello la atención en salud de la población pobre.

6.4. El interviniente estima que el proyecto de ley afecta el derecho a la libertad de empresa, previsto en el artículo 333 Superior. Ello debido a que obliga a las instituciones prestadoras de salud a implementar Unidades Funcionales de Atención Integral al Cáncer, al margen de la capacidad económica para establecer esa infraestructura o su intención de ofrecer esa clase de servicio de salud. Este deber legal, en criterio de Acemi, es incompatible con el núcleo esencial del mencionado derecho, pues la intervención en el mercado económico da motivos adecuados y suficientes, ni a un criterio de proporcionalidad en sentido estricto.

6.5. Por último, el interviniente advierte que el proyecto objetado viola el derecho a la igualdad, en la medida en que favorece desproporcionadamente a los enfermos de cáncer, sin que irrogue el mismo tratamiento para los demás pacientes de otras patologías de alto costo. Ello sin que la medida propuesta cumpla con criterios de finalidad, necesidad y proporcionalidad.

7. Concepto del Procurador General de la Nación

El Procurador General de la Nación, en ejercicio de las competencias previstas en el artículo 278-5 de la Constitución y en el artículo 32 del Decreto 2067 de 1991, intervino en el presente proceso con el fin de solicitar a la Corte que declare infundadas las objeciones presidenciales propuestas. Para ello, reiteró en buena medida las razones argüidas en el concepto presentado a propósito de las objeciones presidenciales formuladas en contra del gobierno a propósito del Proyecto de ley 336 de 2008 Cámara, 094 de 2007 Senado "***Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia",*** asunto que en la actualidad está bajo el estudio de la Corte, identificado con la radicación OP-116.

7.1. Respecto a la objeción sobre violación de la reserva de ley estatutaria, el Ministerio Público considera que el proyecto de ley sometido a estudio no regula en forma integral el derecho a la salud y, por tanto, no afecta el núcleo esencial del derecho. Tampoco se infiere de él una modificación estructural en la prestación del servicio de atención médica ni de los planes actualmente existentes, limitándose al tratamiento de una enfermedad en concreto.

7.2. En lo relativo al desconocimiento, por parte del Congreso, de las competencias de la CRES y del CNSSS, en cuanto instancias técnicas para la formulación de los contenidos del POS, el concepto reiteró lo que había señalado en el concepto correspondiente al Expediente OP-116, en el sentido que si bien la función de dichos órganos resulta importante para brindar cohesión a la atención en salud y ofrecer lineamientos para la ampliación de los planes de salud y los medicamentos a incluir en cada uno de los regímenes; ello no es óbice para que el legislador, en ejercicio de su amplia libertad de configuración legislativa sobre la materia, proponga, discuta, estudie y apruebe las leyes que considere pertinentes para abordar el tratamiento a determinadas enfermedades que como en este caso resultan de suma importancia.

7.3. Finalmente, en cuanto a las objeciones basadas en la incompatibilidad de las previsiones del proyecto de ley con la sostenibilidad financiera del SGSSS, la Vista Fiscal reiteró que ***"el legislador en la exposición de motivos de la ley ofreció un cúmulo de razones que demuestran que más que incrementar los gastos del Estado, el presente***

proyecto de ley lo que pretende es ordenarlos, pues como es ampliamente conocido, igualmente en la actualidad la atención a los sujetos de especial protección y de manera prevalente a los niños que sufren de enfermedades catastróficas como el cáncer, son amparadas por los jueces mediante la acción de tutela y generalmente con cargo al FOSYGA. || ***Así las cosas, el presente proyecto no representa un desequilibrio fiscal en cuanto los recursos del FOSYGA, pues, como lo demostró el legislador, satisface los requerimientos fiscales que exigirán la aplicación de ley. Por lo tanto, no hay lugar a invocar el desconocimiento del artículo 7° de la Ley 819 de 2003."***

II. TRÁMITE SURTIDO ANTE LA CORTE

Una vez recibido el expediente en esta Corporación y ante la necesidad de contar con elementos de juicio sobre el trámite legislativo de las objeciones presidenciales, el Magistrado Sustanciador solicitó a los Secretarios Generales de las Cámaras que enviaran la información pertinente. Dichos funcionarios indicaron que las actas en que constaba el trámite de las objeciones, en especial en las que se hizo el anuncio previo y se procedió a la discusión y votación del informe de objeciones, no habían sido publicadas en la Gaceta del Congreso.

Visto lo anterior y habida consideración del carácter imprescindible de este material probatorio para resolver acerca de la constitucionalidad del asunto de la referencia, la Sala Plena, a través de Auto 221 del 17 de junio de 2009, se abstuvo de decidir hasta tanto no fueran allegados los documentos mencionados y el magistrado sustanciador verificara que las pruebas fueran aportadas debidamente.

En cumplimiento de lo ordenado por la Corte, fueron enviadas las Gacetas del Congreso correspondientes, por lo que el Magistrado Sustanciador, mediante auto del 14 de septiembre de 2009, ordenó continuar con el trámite de revisión de constitucionalidad de las objeciones presidenciales.

III. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

1. Competencia

Conforme a lo dispuesto por los artículos 167, inciso 4 y 241, numeral 8 de la Carta Política, la Corte Constitucional es competente para decidir definitivamente sobre la constitucionalidad de las normas objetadas por el Gobierno Nacional.

2. El término para formular las objeciones y su trámite en el Congreso de la República

2.1. El artículo 166 C.P. establece reglas precisas en relación con los términos para la devolución con objeciones, por parte del Ejecutivo, de los proyectos de ley aprobados por el Congreso. Al respecto, la norma constitucional señala que el Gobierno dispone de seis días para devolver con objeciones cualquier proyecto de ley cuando el mismo no conste de más de veinte artículos. El término se extiende a diez días cuando el proyecto contenga de veintiuno a cincuenta artículos; y hasta veinte días en el caso que sean más de cincuenta artículos. Adicionalmente, la disposición en comento prevé que si transcurridos los términos indicados, el Ejecutivo no hubiere devuelto el proyecto con objeciones, el Presidente deberá sancionarlo y promulgarlo. Por último, debe tenerse en cuenta que al tenor de la jurisprudencia constitucional[17], los términos en comento constan de días hábiles y completos, de forma que su contabilización debe realizarse a partir del día siguiente a aquel en que el proyecto fue recibido para la correspondiente sanción presidencial.

En el presente caso se advierte que mediante oficio del 19 de diciembre de 2008, recibido en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República el día 26, el Secretario General del Senado de la República, Presidente de la Cámara de Representantes remitió el proyecto de ley al Presidente de la República para su sanción. Del mismo modo, el proyecto de ley fue devuelto con objeciones de inconstitucionalidad, el 13 de enero de 2009, documento radicado en el Congreso el mismo día.

Si se tiene en cuenta que el proyecto de ley contiene veinticuatro artículos, motivo por el cual el término aplicable era el de diez días, las objeciones fueron presentadas dentro del plazo previsto en la Carta Política.

2.2. Una vez devuelto el proyecto de ley con objeciones, se presentó ponencia conjunta de rechazo a las mismas e insistencia en el proyecto, la cual fue considerada y aprobada por las Plenarias de la Cámara de Representantes y del Senado de la República.

2.2.1. Para el caso específico del Senado de la República, el informe de objeciones presidenciales fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 232 del 22 de abril de 2009[18]. Del mismo modo, el Secretario General de esa corporación, a través de informe de sustanciación del 6 de mayo de 2009, estableció que "*En sesión Plenaria del Honorable Senado de la República del día Miércoles (6) de mayo del dos mil nueve (2009), fue considerado y aprobado el informe presentado por los Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Alfonso Núñez Lapeira, miembros de la Comisión Accidental para rendir informe sobre las objeciones de inconstitucionalidad presentadas por el Ejecutivo, al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-097 de 2007 Cámara (...), según Acta de la Sesión Plenaria número 48, previo su anuncio en Sesión Plenaria del 5 de mayo de 2009, según Acta 47*."[19]

---

17 *Cfr*. Corte Constitucional. Sentencias C-510/96, C-063/02 y C-068/04.

18 Cfr. Folios 23-25 (reverso) del cuaderno de pruebas 1.

19 Cfr. Folio 1 del expediente principal 1.

20 Cfr. ***Gaceta del Congreso*** 441/09. Pág. 34

21 Ibídem. Pág. 68.

22 Al respecto, en el Acta citada, en la página 14 de la Gaceta 442/09, que obra a folio 35 del cuaderno de pruebas 3, se lee lo siguiente:
"Secretario General doctor Jesús Alfonso Rodríguez C. Informa:
Aprobado Presidente es un informe de objeciones.

En relación con el anuncio previo, en el Acta número 47, correspondiente a la sesión plenaria del Senado celebrada el 5 de mayo de 2009, publicada en la ***Gaceta del Congreso*** 441 del 8 de junio de 2009 se lee lo siguiente:

"*La Presidencia y de conformidad con el Acto Legislativo número 01 de 2003, anuncia los proyectos que se discutirán y aprobarán en la próxima sesión.*

Sí señora (sic) Presidente, los proyectos son los siguientes para la próxima sesión:

Con informe de objeciones.

• **Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado, 090 de 2007 Cámara**, "*Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*"[20]

Del mismo modo, al finalizar la sesión, en la misma Acta se anota lo siguiente:

"*Siendo las 12:00 a. m., la Presidencia levanta la sesión y convoca para el día 6 de mayo de 2009, a las 3:00 p.m."* [21]

Así, en el Acta número 48, correspondiente a la sesión plenaria del Senado del 6 de mayo de 2009, se observa que el informe fue sometido a discusión y posterior aprobación por votación ordinaria[22].

Según lo expuesto, la Sala concluye que el procedimiento legislativo de consideración y aprobación del informe de objeciones presidenciales, para el caso del Senado de la República, llena los requisitos constitucionales previstos para el efecto. Lo anterior en tanto (i) se cumplió con el deber de publicidad, en la medida que el informe fue publicado en la Gaceta del Congreso antes de la iniciación del debate (artículo 157, Ley 5ª/92); (ii) el anuncio de que trata el inciso final del artículo 160 C.P. se efectuó en la sesión inmediatamente anterior en la que se llevó a cabo la discusión y votación del informe y para una fecha determinada en la que efectivamente se aprobó la iniciativa; y (iii) la aprobación del informe de objeciones contó con las mayorías constitucionales exigidas, tal y como lo certificó el Secretario General del Senado y se infiere de la lectura del acta de la plenaria correspondiente.

2.2.2. En lo que tiene que ver con la Cámara de Representantes, el informe de objeciones presidenciales fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 229 del 22 de abril de 2009[23]. De otro lado, el Secretario General de la Cámara de Representantes, a través de informe de sustanciación del 28 de abril de 2009, hizo constar que "*En Sesión Plenaria del 28 de Abril de 2009, fue considerado y aprobado, el informe sobre las Objeciones Presidenciales al* ***Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara-312 de 2008 Senado*** *(...). Según consta en el Acta de la Sesión Plenaria número 171 de octubre 28 de 2009, previo su anuncio en Sesión Plenaria del día 22 de abril de 2009, según consta en el Acta de Sesión Plenaria número 170.*" [24]

El Acta de Plenaria número 170 del 22 de abril de 2009 fue publicada en la ***Gaceta del Congreso*** 447 del 22 de abril de 2009. Así, en lo que tiene que ver con el anuncio de la discusión y votación del informe de objeciones, se señaló lo siguiente:

"***Dirección de la sesión por la Presidencia (doctora Nancy Denise Castillo):***

Sírvase señora Secretaria dar lectura a los proyectos que van a ser discutidos el próximo martes 28 de abril.

La Secretaría General informa (doctor Raúl Ávila):

Se anuncian los siguientes proyectos para la sesión Plenaria del día 28 de abril o para la siguiente sesión Plenaria en la cual se debaten los proyectos de ley o actos legislativos, según el Acto Legislativo número 1 de julio 3 de 2003.

(…)

Informes sobre Objeciones

Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, 312 de 2008 Senado, acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara "Ley Sandra Ceballos", por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia[25]".

Conforme a la designación efectuada en el Proyecto de ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y según lo contemplado en el artículo 167 de la Constitución y subsiguientes, insistimos en la sanción conforme al texto aprobado por el Congreso de la República y no acogemos las objeciones presentadas por el Gobierno Nacional.

Firman: Dilian Francisca Toro, Alfonso Núñez, Zaida Marina Janeth, Jorge Ignacio Morales.

Ha sido leído el informe de objeciones, señor Presidente.

***Dirección de la Presidencia doctor Germán Varón Cotrino**.*

Se somete a consideración de la Plenaria el informe presentado por el doctor Morales, se abre su discusión, anuncio que va a cerrarse, queda cerrada, ¿aprueba la Plenaria?

***Secretario General doctor Jesús Alfonso Rodríguez C. Informa**:*

Aprobado el informe."

23 Cfr. Folios 14-20 del cuaderno de pruebas 2..

24 Cfr. Folio 20 del expediente principal 1.

25 Cfr. Folios 43 del cuaderno de pruebas 4.

26 Sobre el particular, en la citada Gaceta, cuyo apartado pertinente obra a folio 34 del cuaderno de pruebas 7, se comprueba lo siguiente:

"***Dirección de la Presidencia. Dr. Germán Varón Cotrino**.*

Procedemos de esa manera si no hay ninguna objeción y no se genera discusión con el proyecto.

Pregunto a la Plenaria si aprueba modificar el orden para aprobar esa conciliación, se abre su discusión, anuncio que va a cerrarse, queda cerrado, ¿lo aprueba la Plenaria?

***Secretario General doctor Jesús Alfonso Rodríguez C. Informa**.*

Aprobado Presidente es un informe de objeciones de ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y según lo contemplado en el artículo 167 de la Constitución y subsiguientes, insistimos en la sanción conforme al texto aprobado por el Congreso de la República y no acogemos las objeciones presentadas por el Gobierno Nacional.

Firman: Dilian Francisca Toro, Alfonso Núñez, Zaida Marina Janeth, Jorge Ignacio Morales.

Ha sido leído el informe de objeciones, señor Presidente.

***Dirección de la Presidencia doctor Germán Varón Cotrino**.*

Respecto a la discusión y aprobación del informe de objeciones, se tiene que este trámite se verificó en la sesión plenaria del 28 de abril de 2009, contenida en el Acta número 171 de la misma fecha, publicada en la ***Gaceta del Congreso*** 541 del 2 de julio de 2009. De la lectura de la misma la Corte concluye que la iniciativa fue debidamente aprobada, a través de votación ordinaria y según las mayorías exigidas por la Carta. [26]

Por último, para el caso del anuncio previo y su relación con la publicación del informe de objeciones presidenciales ante la plenaria de la Cámara, son por completo aplicables las consideraciones realizadas en el fundamento jurídico anterior, respecto del trámite análogo en el Senado de la República, razones que justifican la constitucionalidad de dicha publicación frente a lo preceptuado en el artículo 157-1 C.P.

Según lo expuesto, la Sala advierte que para el caso de la Cámara de Representantes están igualmente cumplidos los requisitos que impone la Carta Política para el trámite objeto de análisis. Así, (i) se cumplió con el requisito de publicidad, en la medida en que el informe fue publicado en la Gaceta del Congreso antes de la iniciación del debate (artículo 157, Ley 5ª/92); (ii) el anuncio de que trata el inciso final del artículo 160 C.P. se efectuó en la sesión inmediatamente anterior en la que se llevó a cabo la discusión y votación del informe, verificándose la votación en la fecha determinada de anuncio; y (iii) la aprobación del informe de objeciones contó con las mayorías constitucionales exigidas, habida cuenta la certificación realizada por el Secretario General en el informe de sustanciación citado y el procedimiento desarrollado durante la sesión plenaria respectiva, al cual se hizo alusión.

De esta manera, se demuestra que el Congreso de la República se pronunció sobre las objeciones presidenciales dentro del término máximo de dos legislaturas y, adicionalmente, cumplió con las exigencias constitucionales para la discusión y aprobación del informe de objeciones presidenciales. Por lo tanto, superado el análisis por su aspecto formal, pasa la Corte a analizar la materia de fondo.

3. Examen material de las objeciones

3.1. **El contenido del proyecto de ley objetado**

El Proyecto de ley 312/08 Senado-90/07 Cámara, "Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia." cuenta con veinticuatro artículos. El objetivo general de la iniciativa, como lo señala el artículo 1º es establecer una política pública para el control integral del cáncer, a fin de (i) reducir la mortalidad y morbilidad del cáncer adulto; y (ii) mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Para cumplir con estos propósitos, el proyecto contempla varios instrumentos, entre los cuales se distinguen la declaración del cáncer como una enfermedad prioritaria en la salud pública en el país, con miras a su control integral basado en la prestación de todos los servicios necesarios para el tratamiento de la enfermedad (artículo 5º); la obligación de las entidades promotoras de salud, EPS, de adelantar acciones tendientes a la promoción y prevención para el control del cáncer (artículo 6º); el deber de determinar al interior del SGSSS guías de práctica clínica y protocolos de manejo que garanticen la atención integral, oportuna y pertinente de los pacientes de cáncer (artículo 7º); el establecimiento de criterios para la atención, por parte de las IPS, de los pacientes de cáncer ubicados en lugares apartados del país (artículo 9º); el establecimiento de deberes para las EPS de ambos regímenes y de las entidades territoriales de la población pobre no asegurada, relacionados con la rehabilitación integral de los pacientes de cáncer (artículo 11); la consagración del beneficio de hogares de paso, pago de costos de desplazamiento y apoyo psicosocial para los pacientes de cáncer (artículo 14); el establecimiento de instrumentos de evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer (artículo 18); la inclusión en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología al cáncer como tema prioritario de investigación (artículo16); la inclusión en los programas académicos destinados a la formación de personal de salud, de cursos relacionados con el control del cáncer, enfatizados en su prevención y detección temprana (artículo 19); la fijación de un régimen sancionatorio por incumplimiento de las disposiciones prevista en el proyecto de ley (artículo 21); y la determinación de la financiación de las distintas medidas contenidas en la iniciativa, con cargo a la subcuenta de alto costo, componente específico cáncer (artículo 22); y el establecimiento del día 4 de febrero como el Día Nacional de la Lucha contra el Cáncer en Colombia.

Del mismo modo, el proyecto de ley establece un grupo de modificaciones institucionales al SGSSS, dirigidas a garantizar el suministro adecuado y oportuno de las prestaciones médico-asistenciales requeridas por los pacientes de cáncer. Entre estas reformas se destacan la creación y fijación de los criterios de funcionamiento de las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a cargo de las IPS (artículo 8º); la garantía de acceso a Programas de Cuidado Paliativo, cuyos criterios de funcionamiento también son previstos por la iniciativa (artículo 10), el establecimiento de sistemas de información basados en los Registros Nacionales de Cáncer Adulto, los cuales harán parte del Sistema de Vigilancia y Salud Pública (artículo 15); la creación del Observatorio Epidemiológico del Cáncer, perteneciente al mencionado Sistema de Vigilancia; y el establecimiento de un sistema, conformado por la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y la Defensoría del Pueblo, destinado a la inspección, vigilancia y control de la garantía de los derechos de los usuarios.

Se somete a consideración de la Plenaria el informe presentado por el doctor Morales, se abre su discusión, anuncio que va a cerrarse, queda cerrada, ¿aprueba la Plenaria?

Secretario General doctor Jesús Alfonso Rodríguez C. Informa*:*

Aprobado el informe."

3.2. Metodología de la decisión

Habida consideración que varios de los asuntos planteados por las objeciones presidenciales requieren de un marco teórico común, la Sala advierte necesario adoptar la metodología siguiente para resolver sobre los problemas jurídicos por ellas expuestas. En primer término, realizará una exposición general acerca de la jurisprudencia constitucional sobre la amplia libertad de configuración legislativa respecto a la regulación del SGSSS. Luego, asumirá cada una de las objeciones planteadas, en el orden fijado en los antecedentes de esta sentencia.

Además, resulta pertinente acotar que el examen de constitucionalidad asumido por la Corte en esta oportunidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 167 C. P., se circunscribe exclusivamente a las objeciones planteadas por el Gobierno Nacional, de manera que los efectos de esta decisión son de cosa juzgada relativa. Por esta razón, la Corte excluirá otras materias, expuestas por la intervención ciudadana, que no se identifiquen con los tópicos objeto de la censura gubernamental al proyecto de ley.

3.3. **Libertad de configuración legislativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

3.3.1. Decisiones anteriores de la Corte han sostenido, a partir de la interpretación de las normas constitucionales expresas, que el legislador tiene un amplio margen de configuración legislativa en lo que respecta a la configuración del SGSSS, en tanto servicio público sometido a la inspección, control y vigilancia del Estado. Así, como lo ha sostenido la jurisprudencia,[27] lo previsto en el artículo 48 C. P. supone que la seguridad social tiene la doble connotación de ser un derecho irrenunciable y a la vez un servicio público prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, "*en los términos que establezca la ley*". En concordancia con ello, el artículo 49 de la Carta consagra el derecho a la atención en salud y la obligación del Estado de ordenar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios bajo los mismos principios rectores, "*en los términos y condiciones señalados en la ley*".

Como se observa, exista una previsión constitucional concreta, que somete a la decisión del legislador, instancia por excelencia de la representación democrática, la determinación del diseño del SGSSS. No obstante, como sucede con todo ejercicio del poder político en el Estado Social y Democrático de Derecho, esa atribución del Congreso no es omnímoda, sino que está sometida a límites. La jurisprudencia constitucional ha distinguido dos niveles de limitaciones que tiene el legislador al momento de definir el régimen institucional del SGSSS[28]. Existen límites *formales*, que remiten a que no resulte constitucionalmente válido que el Congreso apruebe una regulación en la que haga caso omiso de las reglas de competencia o procedimiento legislativo para la producción normativa. De otro lado, los límites *sustantivos o materiales* están relacionados con la sujeción de la regulación sobre el SGSSS, a los principios que le imponen los artículos 48 y 49 de la Constitución, esto es, los de universalidad, eficiencia y solidaridad; al igual que los demás derechos, principios y valores previstos en la Carta. En especial, un sistema de seguridad social acorde con las previsiones constitucionales deberá estar ajustado a "*los valores y principios en que se funda el Estado Social de Derecho (dignidad de la persona humana) y en las cláusulas propias del modelo económico de la Constitución (intervención del Estado y planificación económica, propiedad privada y libertad de empresa e iniciativa privada).*" [29]

3.3.2. La Corte, dentro de este marco de análisis, ha insistido en que la competencia del legislador para la definición del SGSSS, debe comprenderse bajo un modelo flexible, en el cual el Congreso puede adoptar diversas alternativas de conformación institucional, y solo está sometido a los límites formales y materiales antes anotados. Esto implica, en términos de la jurisprudencia, que "[l]*as cláusulas de la Constitución que establecen el deber del Estado de proporcionar a los ciudadanos un servicio eficiente de salud, son normas abiertas que permiten distintos desarrollos por parte del legislador, en razón al pluralismo político y al libre juego democrático que caracteriza el Estado constitucional de derecho. El Estado puede optar por distintos sistemas o modelos de seguridad social en salud, lo que corresponde a la órbita propia de la valoración política del legislador, y mientras se respete el núcleo esencial de las libertades públicas y de los derechos fundamentales y se funden en un principio de razón suficiente, dichas opciones son legítimas y no son susceptibles de eliminarse del ordenamiento jurídico por la vía de la inconstitucionalidad.*" [30]. *En ese orden de ideas, el mismo precedente ha estipulado que "Esta Corporación ha reconocido el amplio margen de configuración del legislador para regular lo concerniente a los derechos a salud y a la seguridad social. La flexible fórmula adoptada por la Constitución (artículo 48 CP) impide que se pueda hablar de una estructura única de seguridad social y de una actuación limitada del legislador en dicho campo. En efecto, la Carta Política establece unos principios y reglas generales, básicos*

---

27 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia C-1065/08 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández). En esta decisión, la Corte decidió acerca de la constitucionalidad de las normas de la Ley 100/93 que establece el requisito de la dedicación académica exclusiva para que los menores de 25 años tengan la condición de beneficiarios del SGSSS.

28 Acerca de los límites materiales y formales en materia de definición legislativa del SGSSS, Cfr. Corte Constitucional, Sentencias C-1489/00 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), C-1065/08 y C-675/08 (M.P. Jaime Córdoba Triviño). En esta última sentencia, la Corte se ocupó del control de constitucionalidad de la norma de la Ley 1122/07 que impone a las instituciones prestadoras de salud-IPS, la obligación de reconocer pagos anticipados a las EPS.

29 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia C-616/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil). En este fallo, el Pleno de la Corte decidió acerca de la exequibilidad de distintas normas de la Ley 100/93, que establecen el régimen de integración vertical entre las EPS y sus IPS propias.

y precisos a los cuales debe ceñirse el legislador, pero que no impiden su intervención amplia en el asunto".[31] (Subrayas no originales).

3.3.4. Los precedentes anotados llevan a conclusión unívoca: el régimen constitucional aplicable a la definición del SGSSS no implica, en modo alguno, la exigencia de un modelo institucional particular. En cambio, estas previsiones otorgan al legislador un grado amplio de libertad de configuración sobre la materia, sujeto únicamente a los límites formales y materiales antes anotados. Así, toda definición del SGSSS devendrá legítima, desde la perspectiva de la Carta Política, cuando responda a un criterio de razón suficiente y garantice la eficacia de los derechos, principios y valores constitucionales.

3.3.5. Dentro de ese amplio margen, a su vez, la jurisprudencia ha contemplado la posibilidad que, incluso, el legislador otorgue tratamientos diferenciados dentro del SGSSS, a condición que estos no configuren una discriminación injustificada. Este fue el caso estudiado por la Corte en la Sentencia C-671/02 (M. P. Eduardo Montealegre Lynett), decisión que analizó la constitucional de algunas normas del régimen de seguridad social en salud de las Fuerzas Militares, que imponía el requisito consistente en que los padres y madres de los oficiales y suboficiales podían acceder a la condición de beneficiarios, siempre y cuando aquellos tuvieran el carácter de activos. En esta ocasión, la Corte señaló, basada en decisiones anteriores de esta Corporación,[32] que "[l]*os criterios a partir de los cuales se va ampliando progresivamente la cobertura del servicio son múltiples y si bien están limitados por aspectos normativos constitucionales, existen otros factores, económicos y demográficos, entre otros, que le compete ponderar en primer término al legislador. Dentro de este análisis le corresponde al legislador determinar qué grupos sociales requieren con mayor urgencia la cobertura para que la distribución de beneficios se haga de acuerdo con las necesidades sociales comprobadas.*"

A partir de esta consideración, el mismo fallo estableció que "[e]*l análisis precedente es suficiente para concluir que, sin perjuicio del deber del Estado de establecer un sistema de seguridad social y de salud universal, esto es, que cubra a todos los colombianos, la ley tiene una amplia libertad para determinar cuál es el grupo de beneficiarios de un sistema especial de seguridad social y salud, como del que gozan los miembros de la Fuerza Pública. Esto no significa obviamente que cualquier delimitación del grupo de beneficiarios sea constitucional, pues si el Congreso excluye a ciertas personas recurriendo a criterios discriminatorios o que afecten otros derechos fundamentales, como el libre desarrollo de la personalidad, la regulación deberá ser declarada inexequible*.".

3.3.6. Las consideraciones expuestas permiten identificar la regla jurisprudencial que servirá de pauta para el análisis de buena parte de las objeciones planteadas por el Gobierno Nacional: El Congreso goza, por expreso mandato constitucional, de amplia libertad de configuración legislativa en materia de definición del contenido y diseño institucional del SGSSS. En consecuencia, una regulación legislativa sobre la materia violará los postulados de la Carta cuando (i) desconozca los límites materiales o sustanciales antes anotados; (ii) incurra en una práctica discriminatoria que no esté amparada por un criterio de razón suficiente. Estos límites, en virtud de su generalidad, implican que el juicio de constitucionalidad que adelante la Corte debe tener carácter flexible, en aras de conservar el amplio margen al que se hizo referencia. Lo contrario, esto es, aplicar un análisis estricto sobre el tópico, llevaría a considerar que existe un solo modelo de definición del SGSSS, conclusión que contradice lo dispuesto en los artículos 48 y 49 de la Constitución, que defirieron esa función, de manera prevalente, al legislador.

3.4. Objeción basada en el desconocimiento del principio de integralidad

3.4.1. El Gobierno Nacional sostiene que el proyecto de ley es inconstitucional, en tanto configura una legislación parcial, ocupada de la atención integral de los pacientes de cáncer, la cual (*i*) fragmenta el SGSSS, creando dificultades en la interpretación de sus normas, lo que contradice el principio de *integralidad*, reconocido por la Corte en la Sentencia T-760 de 2008; y (*ii*) establece regulaciones específicas en materia de prestaciones médico-asistenciales que el SGSSS debe suministrar a los pacientes adultos con cáncer, lo que desconoce las competencias que el legislador ha dispuesto a la CRES y, mientras esta institución entra en funciones, al CNSSS.

3.4.2. En criterio de la Corte, la objeción planteada por el Ejecutivo no ofrece los parámetros necesarios para que la Corte emita un pronunciamiento de fondo, en tanto no plantea una contradicción entre la iniciativa parlamentaria y la Carta Política, sino que se restringe a contrastar el proyecto de ley con normas anteriores de índole estrictamente legal. En tal sentido, la objeción planteada ofrece un falso problema de constitucionalidad, fundado en (*i*) el desconocimiento del parámetro de control para el caso de las objeciones presidenciales; y (*ii*) el entendimiento equivocado del principio de *integralidad*, definido por la Sentencia T-760/08, a partir de la recopilación que esa decisión hizo de la jurisprudencia constitucional sobre las implicaciones, desde la perspectiva de la Carta Política, del servicio público de atención en salud.

3.4.3. Como se indicó en el fundamento jurídico 3.3., de esta sentencia, el contenido de los artículos 48 y 49 C. P., la Constitución le confiere al Congreso la potestad para definir el contenido del SGSSS, lo que implica que el órgano de representación democrática tiene la posibilidad de fijar distintas modalidades de organización prestacional e institucional del sistema de salud, sometido solamente a los límites materiales y sustanciales antes analizados.

---

30 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia C-616/01.

31 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia C-516/04 (M.P. Jaime Córdoba Triviño). La Corte, en esta decisión, analizó la exequibilidad de la norma de la Ley 776/02, que establece los plazos para el traslado de entidades administradoras de riesgos profesionales, respecto de los afiliados del Instituto de Seguros Sociales.

32 Sobre este particular, la sentencia reitera lo expuesto por la Corte en la decisión SU-623/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil).

Para el caso propuesto, el Ejecutivo parte de un presupuesto sustancial, de acuerdo con el cual del hecho que la Sentencia T-760/08 hubiera reconocido como válidos, desde la perspectiva constitucional, los arreglos institucionales y de competencias previstos en la Ley 100/03 y la Ley 1122/07, surge una limitación para el legislador respecto a la reglamentación de fórmulas distintas de definición del contenido del SGSSS. Por ende, el proyecto de ley objetado, en tanto se aparta de esa legislación inicial y, en especial, se arroga competencias que dicha normatividad había conferido a la CRES, viola la Constitución.

Esta objeción desconoce que las normas constitucionales que regulan el SGSSS, establecen que corresponde al legislador, de manera autónoma, la definición del contenido del SGSSS. Esto conlleva que el Congreso, una vez analizadas las razones de conveniencia política y social que corresponden a la labor parlamentaria, puede introducir modificaciones al sistema de salud. En ese sentido, carece de sustento la afirmación según la cual las normas *legales* anteriores configuran un límite para dicho ejercicio de la configuración legislativa.

Esta libertad de configuración legislativa, del mismo modo, no se encuentra limitada por el reconocimiento de la validez constitucional que esta Corporación haga de un determinado modelo de organización del SGSSS. Al respecto, debe resaltarse que en la Sentencia T-760/08, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional revisó distintos fallos de tutela, relacionados con fallas en la atención médica prodigada por el SGSSS y dispuso una serie de órdenes estructurales a las distintas instancias del sistema, dirigidas a corregir las falencias principales del mismo, que desconocen los deberes de protección, respecto y garantía del derecho fundamental a la salud.

En esta sentencia, la Corte reconoció expresamente que el carácter taxativo de sus competencias impedía que fijara el contenido del SGSSS, tarea que la Carta Política le había conferido al Congreso. Sobre el particular, la decisión en comento estableció, desde el momento de la definición de los problemas jurídicos generales que asumió el fallo, lo siguiente:

"Los problemas jurídicos de carácter general, hacen referencia a cuestiones de orden constitucional que tienen que ver con la regulación del sistema de protección del derecho a la salud, que afectan la posibilidad de que este sea gozado efectivamente por las personas en situaciones concretas y específicas, tal como se evidencia en los casos acumulados en el presente proceso. Todos los problemas generales se pueden reunir en uno sólo, a saber: ¿Las fallas de regulación constatadas en la presente sentencia a partir de los casos acumulados y de las pruebas practicadas por esta Sala, representan una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de *respetar, proteger y garantizar* el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo? A esta pregunta se responde afirmativamente y se imparten las órdenes necesarias para que se superen las fallas de regulación detectadas. Las órdenes que se impartirán se enmarcan dentro del sistema concebido por la Constitución y desarrollado por la Ley 100 de 1993 y normas posteriores, puesto que excedería la competencia de la Corte ordenar el diseño de un sistema distinto, puesto que dicha decisión compete al legislador. Las órdenes se impartirán a los órganos legalmente competentes para adoptar las determinaciones que podrían superar las fallas de la regulación que se han traducido en una desprotección del derecho a la salud evidente en las acciones de tutela que se han presentado cada vez con mayor frecuencia desde hace varios años, como se analizará posteriormente (*ver capítulo 6*)." (Subrayas no originales).

Como se observa, la Corte estableció que las órdenes estructurales que adoptó estarían dirigidas a las autoridades e instancias del SGSSS, que había fijado la ley. En consecuencia, dirigió previsiones concretas al Ministerio de la Protección Social, a la CRES y la CNSSS, en tantas instituciones a las que el Congreso había adscrito competencia en materia de definición del contenido concreto del sistema de salud. Esta decisión se enmarca, entonces, en el respeto al principio democrático y a las normas constitucionales que confieren al legislativo, y no a los jueces, la definición del contenido del SGSSS.

Sin embargo, esta decisión no significa, en modo alguno, la petrificación de la facultad del legislador para establecer fórmulas diversas de arreglo institucional del SGSSS. Por ende, si el Congreso en ejercicio de sus competencias constitucionales y bajo el sometimiento de los límites formales y materiales antes aludidos, decide modificar dicha configuración legal del sistema de atención en salud, tal previsión, como sucede con el proyecto de ley objetado, es una expresión constitucionalmente legítima del poder de configuración normativa.

De otro lado, debe tenerse en cuenta que los presuntos inconvenientes en la aplicación de las normas del proyecto de ley, en razón de la colisión de competencias que genera entre las distintas instituciones del SGSSS, en especial la CRES, es un asunto que se inscribe claramente dentro de los cuestionamientos por la conveniencia de la iniciativa legislativa. Estos asuntos, como se deriva de lo previsto en el artículo 167 C.P., escapan del control de constitucionalidad que efectúa la Corte en esta instancia.

3.4.4. El Ejecutivo, dentro de la objeción materia de estudio en este apartado, estima que el proyecto de ley, en la medida en que establece una regulación parcial del SGSSS, desconoce el principio de *integralidad*. El argumento del Gobierno para sustentar esta conclusión, consiste en considerar que ese principio implica que el legislador está obligado a regular el sistema de salud a partir de criterios de generalidad, en términos de la identificación de la población sujeto de atención.

El principio de integralidad que, se insiste, tiene origen en disposiciones de rango legal, fue identificado por la jurisprudencia constitucional como un instrumento conceptual, que está relacionado con la protección de los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad humana. Este principio consiste en la obligación que tienen las instituciones del sistema de salud de suministrar las prestaciones médico-asistenciales de forma continua, integral y sometida a criterios de oportunidad, eficiencia y calidad, de manera que el usuario del SGSSS logre el restablecimiento del estado de salud o de no ser esto posible, la garantía del mantenimiento de una vida digna.

La Sentencia T-760/08 describe el principio de integralidad a partir de reglas jurisprudenciales concretas, que describen las obligaciones antes citadas, a cargo de las diferentes instancias del SGSSS. Sobre el particular, esta decisión estableció los siguientes argumentos que, en razón de su importancia para resolver la objeción propuesta, se transcribe *in extenso*:

"El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido. Esta situación de fraccionamiento del servicio tiene diversas manifestaciones en razón al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir.

Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales[33] y se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante.

Al respecto ha dicho la Corte que "(…) *la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente*[34] *o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud*" [35].

En la medida en que las personas tienen derecho a que se les garantice el tratamiento de salud que requieran, integralmente, en especial si se trata de una enfermedad "catastrófica" o si están comprometidas la vida o la integridad personal, las entidades territoriales no pueden dividir y fraccionar los servicios de salud requeridos por las personas. Así por ejemplo, un departamento, entidad encargada de prestar la atención a personas con cáncer, no puede dejar de garantizar el suministro de oxígeno domiciliario permanente a un enfermo de cáncer que lo requiere como parte integral de su tratamiento, bajo el argumento de que el servicio de oxígeno, individualmente considerado, corresponde a las entidades municipales[36]. En lo que se refiere a garantizar el acceso efectivo al servicio de salud requerido a una persona, puede entonces decirse, que las entidades e instituciones de salud son solidarias entre sí, sin perjuicio de las reglas que indiquen quién debe asumir el costo y del reconocimiento de los costos adicionales en que haya incurrido una entidad que garantizó la prestación del servicio de salud, pese a no corresponderle.

Es importante subrayar que el principio de integralidad no significa que el interesado pueda pedir que se

---

33 En la Sentencia T-179 de 2000 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) se indicó sobre el "El plan obligatorio de salud es para todos los habitantes del territorio nacional para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías (artículo 162 Ley 100 de 1993). || Además, hay guía de atención integral, definida por el artículo 4° numeral 4 del Decreto 1938 de 1994: "Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo". || Por otro aspecto, el sistema está diseñado, según el Preámbulo de la Ley 100 de 1993, para asegurar a la calidad de vida para la cobertura integral, de ahí que dentro de los principios que infunden el sistema de seguridad social integral, está, valga la redundancia, el de la integralidad, definido así: "Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley" (artículo 2° de la Ley 100 de 1993). || Es más: el numeral 3 del artículo 153 ibídem habla de protección integral: "El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud". || A su vez, el literal c) del artículo 156 ibídem expresa que "Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el Plan Obligatorio de Salud" (resaltado fuera de texto). || Hay pues, en la Ley 100 de 1993 y en los decretos que la reglamentan, mención expresa a la cobertura integral, a la atención básica, a la integralidad, a la protección integral, a la guía de atención integral y al plan integral. Atención integral, que se refiere a la rehabilitación y tratamiento, como las normas lo indican.".

34 En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la Sentencia T-136 de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa

35 Sentencia T-1059 de 2006 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández). Ver también: Sentencia T-062 de 2006 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández). Otras Sentencias: T-730 de 2007 (M.P Marco Gerardo Monroy Cabra), T-536 de 2007 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto), T-421 de 2007 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla).

36 En la Sentencia T-1091 de 2004 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto) se tuteló el derecho de una persona a que la entidad Departamental (Secretaría de Salud de Antioquia) le suministrara el oxígeno domiciliario permanente que requería como parte de su tratamiento contra el cáncer, a pesar de que tal servicio, individualmente considerado, es responsabilidad de los entes municipales. La Corte Constitucional señaló que la reglamentación encarga a los Departamentos del tratamiento integral por cáncer, por lo que no puede asignarse la competencia del servicio de oxígeno a los Municipios, con el argumento de que este servicio, individualmente considerado, fuera del tratamiento de cáncer, les compete a estos.

le suministren todos los servicios de salud que desee o estime aconsejables. Es el médico tratante adscrito a la correspondiente EPS el que determina lo que el paciente requiere. De lo contrario el principio de integralidad se convertiría en una especie de cheque en blanco, en lugar de ser un criterio para asegurar que al usuario le presten el servicio de salud ordenado por el médico tratante de manera completa sin que tenga que acudir a otra acción de tutela para pedir una parte del mismo servicio de salud ya autorizado." (Subrayas no originales).

3.4.5. La lectura del precedente citado demuestra que las referencias que hace la jurisprudencia constitucional al principio de integralidad están relacionadas con la identificación de un parámetro de naturaleza legal, que sirve de criterio ordenador del SGSSS. Así las cosas, no es factible que a partir de ese principio y fundándose en el desconocimiento de la competencia constitucional del legislador para definir el contenido y la institucionalidad del sistema de salud, pueda edificarse una objeción de inconstitucionalidad.

Antes bien, a juicio de la Sala los problemas que plantea en este apartado el Gobierno Nacional apuntan a las presuntas dificultades presupuestales y de implementación de las medidas contenidas en el proyecto de ley. Estos asuntos están circunscritos al ejercicio de las competencias que en materia de apropiación y ejecución fiscal que la Constitución reconoce al mismo Poder Ejecutivo. Así las cosas, no puede plantearse como una objeción presidencial materias que corresponden no a la contradicción del proyecto de ley con la Carta Política, sino al ejercicio adecuado de las competencias que esta le adscribe a los distintos órganos del poder público.

A partir de los criterios citados, la Corte concluye que (*i*) el reconocimiento en una decisión judicial de determinado diseño institucional del SGSSS, no resulta incompatible con la posibilidad que el legislador establezca nuevas modalidades de regulación, competencia que está sometida únicamente a los límites formales y sustanciales anteriormente descritos; (*ii*) del principio de integralidad, que tiene fundamento en normas dictadas por el Congreso en ejercicio de la citada competencia de producción legislativa, no se deriva un deber constitucional de restringir las fórmulas legislativas sobre el contenido al SGSSS a solo aquellas que estipulen reglas para la generalidad de la población sujeto de la atención en salud; y (*iii*) la objeción planteada establece un falso problema de constitucionalidad que, en cambio, apunta al ejercicio adecuado de las competencias de apropiación y ejecución presupuestal, e implementación de políticas públicas, todas ellas a cargo del Gobierno Nacional. Con base en estas consideraciones y ante la ausencia de argumentos suficientes para pronunciarse sobre el asunto planteado, la Sala proferirá una decisión inhibitoria en lo que corresponde a la objeción basada en la presunta afectación del principio de integralidad.

3.5. Objeciones por desconocimiento de las competencias de la Comisión de Regulación en Salud y del Plan Nacional de Salud Pública

El Gobierno Nacional sostiene que las previsiones del proyecto de ley generan una concepción fragmentada y compleja de la regulación de las instituciones y prestaciones del SGSSS. Señala que las reglas previstas en la Ley 100/93 y en la Ley 1122/07 habían otorgado a la CRES, instancia técnica capacitada y guiada por criterios científicos, la competencia para la definición de los contenidos del POS y los demás beneficios del sistema de salud. Así, el Congreso había desconocido tales parámetros de racionalidad y había adoptado una legislación parcial y contraria al principio de integralidad –en la particular interpretación que le otorga el Ejecutivo– y la sostenibilidad financiera del sistema.

Igualmente, en apartado posterior, el Gobierno hace un razonamiento similar, en el sentido que la Sentencia T-760/08 había reconocido la importancia del Plan Nacional de Salud Pública, previsto por el artículo 33 de la Ley 1122/07, como un instrumento valioso en la búsqueda de un sistema de salud coordinado y eficiente. Por ende, el carácter parcial y fragmentado del proyecto de ley, contradecía las finalidades del mencionado plan.

3.5.1. Estas objeciones incurren, en criterio de la Corte, en falencias que como en el caso anterior, imposibilitan que la Sala adopte una decisión de fondo sobre el particular. Como se ha señalado reiteradamente en este fallo, la Constitución confiere la potestad al Legislativo para fijar, dentro de un amplio margen de configuración normativa, el arreglo institucional que considere apropiado para el SGSSS. Las reglas ordinarias de derogatoria y reforma de los preceptos legales determinan que esa facultad de regulación conlleva la posibilidad de modificar, eliminar o replantear las competencias de cada una de esas instituciones. Por lo tanto, el Congreso se encuentra plenamente facultado para separarse, si así lo estima conveniente, de determinado modelo institucional que él mismo ha diseñado, con el fin de atender las necesidades de determinado grupo social, a quien considera merecedor de una tratamiento diferenciado. Este ejercicio, como también se ha señalado en varias ocasiones, está circunscrito solo a los límites formales y materiales de índole constitucional antes explicados.

En consecuencia, las objeciones presidenciales propuestas desconocen que el control judicial que realiza la Corte se circunscribe a comparar la norma legal acusada con las normas que integran la Carta Política y aquellas que conforman el bloque de constitucionalidad. Este control no se predica de otras disposiciones de carácter eminentemente legal ordinario, pues las mismas no conforman un parámetro normativo apto para imponer límites o prohibiciones a la competencia del legislador. Este criterio se mantiene, incluso cuando tales arreglos institucionales de origen legal han sido encontrados válidos por decisiones de esta jurisdicción, pues también estas reconocen la facultad primigenia del legislativo sobre la materia. Tales censuras, como se demuestra en el caso planteado, terminan relacionadas con razones de conveniencia política o económica, aspectos que *prima facie* escapan de la competencia de la Corte.

3.5.2. Las previsiones de la Ley 1122/07, que fijan tanto la existencia y funcionamiento de la Comisión de Regulación en Salud, CRES, como los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública, no configuran un límite para el ejercicio de la competencia del legislador en lo que respecta a la definición de las instituciones que conforman el sistema de salud. Antes bien, el cumplimiento de las funciones de esas instituciones, de estirpe legal, deberá coordinarse con las previsiones posteriores del legislador que, como en este caso, convienen la atención especializada para determinados grupos de pacientes. Ello en tanto corresponde al Congreso, en los términos expuestos, la definición de las instituciones e instancias que conforman el SGSSS, potestad que está limitada por las restricciones formales y sustanciales antes reseñadas, al igual que la prohibición de discriminación injustificada entre los usuarios. Estas restricciones, como se ha señalado insistentemente en esta providencia, no involucran decisiones legislativas anteriores, pues las mismas no conforman el parámetro de constitucionalidad de las leyes ordinarias.

Adicionalmente, no puede perderse de vista que, conforme lo dispone el artículo 33 de la Ley 1122/07, la definición de los contenidos del Plan Nacional de Salud Pública corresponde al Gobierno Nacional.[37]

Por ende, no resulta acertado considerar, como lo defiende la objeción presidencial, que la amplia facultad del legislador para determinar los contenidos y el funcionamiento del SGSSS deba supeditarse a las acciones del Ejecutivo, pues esto significaría desconocer los expresos mandatos constitucionales previstos en los artículos 48 y 49 de la Carta, cuyo contenido y alcance fue definido en el fundamento jurídico 3.3 de esta sentencia.

En últimas, se advierte que los argumentos expresados por el Gobierno Nacional están enfundados en el control de legalidad del proyecto de ley, circunstancia ajena a la competencia de la Corte, prevista en el artículo 167 Superior, norma que faculta a este Tribunal para decidir sobre objeciones *por inconstitucionalidad*. Esta circunstancia impide que la Corte se pronuncie sobre asuntos diversos. Por ello, ante la inexistencia de una objeción presidencial de esa naturaleza, la Sala se inhibirá de adoptar una decisión de fondo acerca de la censura fundada en la incompatibilidad del proyecto con las competencias de la CRES en materia de regulación del contenido del SGSSS y con las previsiones del Plan Nacional de Salud Pública.

3.6. Objeción relativa a la vulneración del derecho a la participación de los usuarios

El Gobierno Nacional sostiene que el proyecto de ley objetado es contrario al derecho de participación de los SGSSS en las decisiones que los afectan. Para ello, luego de resaltar la importancia que en la Sentencia T-760/08 se otorgó a ese derecho, en el marco de la definición institucional y de prestaciones del sistema de salud, se limita a establecer que "*el elemento democrático en el proceso de planeación, la estatura legal del plan nacional de salud pública y el contenido de dicho plan excluyen la posibilidad que por otro medio se definan las prioridades de atención en salud, sin que se consulten periódicamente los componentes técnicos y la estructura propia del proceso de planeación para incluir la atención de riesgos en salud, como el cáncer, de manera aislada, fragmentada y sin consultar criterios de integralidad y sustentabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud*."

Para la Corte, es evidente que la censura propuesta no reúne las condiciones mínimas necesarias para configurar una objeción de inconstitucionalidad. En

---

[37] La norma citada establece lo siguiente:
Artículo 33. *Plan Nacional de Salud Pública*. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:
a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio;
b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;
f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;
g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;
h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas reemplazará el Plan de Atención Básica;
i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;
j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;
k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;
l) El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder al comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

efecto, la argumentación planteada por el Ejecutivo omite indicar qué enunciados normativos del proyecto de ley impiden el goce efectivo del derecho de participación de los usuarios del SGSSS y la forma en que logran ese presunto objetivo. En contrario, reitera el argumento sobre la fragmentación del régimen institucional de atención en salud de los pacientes adultos que padecen de cáncer, asunto que ya fue dilucidado en apartados anteriores de este fallo.

Debe insistirse en que si bien el artículo 166 C. P. no establece los requisitos que deben llenar las objeciones formuladas por el Ejecutivo, ello no implica que estas tengan que cumplir con estándares mínimos de argumentación que permitan sustentar una oposición objetiva y verificable entre la iniciativa legislativa y la Constitución, la cual permita un pronunciamiento de fondo por parte de la Corte. Esto debido a que la competencia para formular las objeciones, al tenor de la norma citada, corresponde al Gobierno, de modo tal que si la objeción no ofrece esos argumentos mínimos, esta Corte tiene vedado asumir el estudio de razones que adicionen las propuestas por el Ejecutivo, pues ello desconocería el arreglo de competencias que para las objeciones presidenciales prevé la Carta Política. Si, como sucede en el presente caso, no existe el sustento necesario para asumir el análisis de constitucionalidad, la Sala no tiene una alternativa distinta a inhibirse de adoptar una decisión sobre la materia, puesto que la argumentación expuesta por el Gobierno carece de aptitud para suscitar un análisis de constitucionalidad del proyecto de ley, en lo que respecta al derecho a la participación.

3.7. Objeción basada en la violación del principio de reserva estatutaria

A juicio del Gobierno, el proyecto de ley es contrario al artículo 152 de la Constitución, pues en tanto la jurisprudencia constitucional, sistematizada en las varias veces citada Sentencia T-760/08, otorgó al derecho a la salud condición de fundamentalidad, entonces el proyecto debió tramitarse bajo los rigores propios de las leyes estatutarias, y no conforme a las reglas de las leyes ordinarias, como efectivamente ocurrió. Adicionalmente, sostiene que el legislador incurrió en un error, cuando indicó en la iniciativa que estaba regulando el derecho a la vida, aunque en realidad versaba sobre el derecho fundamental a la salud.

Esta objeción es desestimada tanto por el Congreso como por el Procurador General, con base en razones similares. Sostienen que la jurisprudencia constitucional ha establecido que no toda norma que haga referencia a un derecho fundamental está sometida a la reserva de ley estatutaria, sino solo aquellas que cumplan con determinados criterios, relacionados con la regulación integral del derecho o de los aspectos que hagan parte de su núcleo esencial. Para el caso planteado, el proyecto de ley objetado tiene un ámbito definido y específico –la atención de los pacientes adultos de cáncer–, circunstancia que lo excluye de aquellas normas que requieren trámite estatutario.

3.7.1. El artículo 152 de la Carta Política establece la reserva de ley estatutaria para determinadas materias, relacionadas con (*i*) los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; (*ii*) administración de justicia; (*iii*) organización y régimen de los partidos y movimientos políticos, estatuto de la oposición y funciones electorales; (*iv*) instituciones y mecanismos de participación ciudadana; (*v*) estados de excepción; y (vi) la igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República.

Las consecuencias de esta previsión constitucional son de carácter formal y material. En primer término, la reserva de ley estatutaria implica, en los términos del artículo 153 C.P., que el trámite legislativo previo a su aprobación debe cumplir requisitos y controles específicos. Así, deberán votarse favorablemente por la mayoría absoluta de miembros del Congreso y el trámite deberá cumplirse en una sola legislatura. A su vez, el proyecto de ley aprobado está sometido al control automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación. Frente a los efectos materiales, la Corte ha reconocido que las normas estatutarias, en razón del estatus que adquieren en el ordenamiento jurídico, hacen parte del parámetro de constitucionalidad para la legislación ordinaria.[38]

Empero, la fijación de la reserva de ley estatutaria para las materias señaladas genera una controversia sobre la determinación de los límites de la acción del legislador estatutario y el ordinario. En efecto, son múltiples los asuntos que pueden versar, central o tangencialmente, sobre los tópicos de la reserva de ley estatutaria. Por ende, el entendimiento maximalista de esa reserva, en el sentido de considerar que toda norma de este carácter debe someterse a los rituales propios de las leyes estatutarias, tendría el efecto de vaciar la competencia del legislador ordinario, solución que se contrapone a la Carta Política, en especial a las atribuciones que tiene el Congreso de acuerdo con el artículo 150 C.P.

La necesidad de establecer un parámetro, que definiera el límite del legislador estatutario, llevó a que decisiones anteriores de la Corte, que han sido reiteradas de manera estable hasta la actualidad, hayan establecido las características materiales de los asuntos sometidos a la reserva de ley estatutaria. Una síntesis comprensiva de esa doctrina se encuentra en la Sentencia C-981/05 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández), en la que se estableció que la reserva de ley estatutaria resultaba exigible, para el caso de los derechos fundamentales, en los eventos en que se esté ante "*i*) *normas que desarrollan y complementan los derechos ii) que regulan solamente los elementos estructurales esenciales, iii) que regulan de forma directa su ejercicio y también el desarrollo de su ámbito a partir del núcleo esencial definido en la Constitución, iv) que refieran a los contenidos más cercanos al núcleo esencial, v) que regulan aspectos inherentes al ejercicio y principalmente lo que signifique consagrar límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que afecten el núcleo esencial, vi) cuando el legislador asuma de manera*

[38] Cfr. Corte Constitucional, Sentencias C-578/95 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz) y C-993/04 (M.P. Jaime Araújo Rentería).

integral, estructural y completa la regulación del derecho, vii) que aludan a la estructura general y principios reguladores pero no al desarrollo integral y detallado, regulando así la estructura fundamental y los principios básicos, y viii) que refieran a leyes que traten situaciones principales e importantes de los derechos." Estas reglas, a su vez, sintetizan varias sentencias sobre el mismo particular, las cuales han contemplado unívocamente que la reserva de ley estatutaria se predica de normas que regulan de forma íntegra, estructural y completa los derechos o deberes fundamentales, o se refieran a ámbitos propios de su núcleo esencial.[39]

3.7.2. Para el caso planteado, la Sala advierte que no se reúnen los presupuestos para considerar que el proyecto de ley objeto de censura esté sometido a la reserva de ley estatutaria. En efecto, el artículo 1º del proyecto de ley, que define el objetivo de la iniciativa, establece que la finalidad de la normatividad es regular "*las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, 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 de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo*.". De esta definición puede colegirse, entonces, que el proyecto de ley (*i*) busca establecer herramientas para el tratamiento eficaz e integral del cáncer adulto; y (*ii*) introducir modificaciones al arreglo institucional del SGSSS, en aras de cumplir con dicha finalidad. Por ende, la iniciativa legislativa, en modo alguno, busca regular de manera integral, estructural y completa el derecho a la salud, sino que, antes bien, declara expresamente su carácter específico y sectorial, esto es, circunscrito al tratamiento de los enfermos adultos de cáncer.

La Corte advierte que las objeciones presidenciales incurren en una contradicción insalvable en este apartado. En efecto, varias de las censuras expuestas por el Ejecutivo parten de la base que la regulación examinada, en razón de su carácter parcial, fragmentada e independiente de las previsiones legales que prevén el actual arreglo institucional del SGSSS, resultaban inconvenientes para el adecuado funcionamiento de este sistema. Esta afirmación, por ende, demuestra que tanto para el legislador como el Gobierno es evidente que el proyecto de ley no configura una regulación general, estructural e integral del derecho a la salud. Por lo tanto, resulta desacertado pasar de esta premisa a la exigencia de reserva de ley estatutaria, cuando una y otra son incompatibles, según los requisitos explicados anteriormente. Debe insistirse que una regulación parcial de un derecho o deber fundamental, por antonomasia, se inscribe dentro de las competencias del legislador ordinario, lo que inhibe la posibilidad de fijarlas dentro de las materias previstas en el artículo 152 C. P., so pena de vaciar dichas competencias.

3.7.3. Para la Sala resulta evidente que, al margen de la discusión suscitada en la jurisprudencia constitucional sobre la condición de fundamentalidad del derecho a la salud, para el caso del proyecto de ley objeto de estudio, su carácter parcial y específico en cuanto al ámbito de protección de este derecho, es un elemento de juicio suficiente para inscribirlo dentro del margen de configuración normativa del legislador ordinario. Así las cosas, la Corte desestima la objeción planteada por el Gobierno en relación con la vulneración del artículo 152 de la Carta Política.

3.9. Objeción basada en el desconocimiento de las normas orgánicas de presupuesto

El Ejecutivo considera que el proyecto de ley es inconstitucional, puesto que establece órdenes que involucran gasto público, sin que se hayan cumplido los requisitos de trámite legislativo previstos en el artículo 7º de la Ley 819/03, norma que exige que las iniciativas que prevean erogaciones con cargo al presupuesto público deben establecer la fuente de su financiación y la compatibilidad de ese gasto

---

[39] Cfr. Corte Constitucional, Sentencias C-251/98, C-013/93, C-313/94, C-620/01 y C-646/01, entre otras. Por ejemplo, la Sentencia C-646/01 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa) ofrece reglas similares en cuanto a las normas que regulan derechos fundamentales, sometidas a la reserva de ley estatutaria. En este fallo, la Corte indicó que: *De acuerdo con esa jurisprudencia y con los precedentes constitucionales anteriores a ésta, puede concluirse que tal situación ocurre cuando (i) el asunto trata de un derecho fundamental y no de un derecho constitucional de otra naturaleza, (ii) cuando por medio de la norma está regulándose y complementándose un derecho fundamental, (iii) cuando dicha regulación toca los elementos conceptuales y estructurales mínimos de los derechos fundamentales, y (iv) cuando la normatividad tiene una pretensión de regular integralmente el derecho fundamental. || En este orden de ideas, puede observarse entonces que la existencia de las leyes estatutarias tiene una función doble, identificada especialmente por medio de los criterios (ii) y (iii). Por un lado, la de permitir que el legislador integre, perfeccione, regule y complemente normas sobre derechos fundamentales, que apunten a su adecuado goce y disfrute. Y por otro, la de establecer una garantía constitucional a favor de los ciudadanos frente a los eventuales límites que, exclusivamente en virtud del principio de proporcionalidad, pueda establecer el legislador. || 7. Por la especial importancia que tienen las leyes estatutarias dentro del ordenamiento, es necesario que el análisis sobre un cargo que reproche el desconocimiento de la reserva de ley estatutaria, cuide también por lo menos tres aspectos fundamentales. Primero, evite que en la determinación del alcance material de la ley estatutaria, sea vaciada la competencia del legislador ordinario. Segundo, impida que en busca del mantenimiento de la anterior competencia constitucional ordinaria del legislativo, sea eliminado el contenido material y el ámbito propio de las leyes estatutarias. Y tercero, prevenga que una interpretación sobre el contenido de las leyes estatutarias les otorgue una competencia tal en materia de regulación de derechos fundamentales, que les permita afectar sus contenidos conceptuales básicos, sin un adecuado juicio de proporcionalidad previo. || Con base en los anteriores supuestos, para poder determinar si la norma acusada debió haberse tramitado por medio de una ley estatutaria, no basta con determinar si el objeto de esa disposición tiene alguna relación con un derecho fundamental. Será necesario además, constatar si el contenido normativo expresado por la ley desde el punto de vista material, regula elementos que se encuentran próximos y alrededor del contenido esencial de un derecho fundamental, y en caso de realizar restricciones, límites o condicionamientos sobre éstos, deberá verificarse si éstas tienen un carácter proporcional y constitucionalmente razonable."*

con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Así, en tanto las normas orgánicas hacen parte del parámetro para el control de constitucionalidad de las leyes ordinarias, la falta de cumplimiento de los requisitos mencionados afecta la exequibilidad del proyecto de ley correspondiente.

El Congreso rechaza la objeción propuesta, bajo el argumento que buena parte de las medidas contenidas en el proyecto de ley no conllevan impacto fiscal adicional, sino que se basan en la utilización de recursos que actualmente percibe el SGSSS. Además, en relación con las previsiones que pudieren involucrar gasto público, su fuente de financiación ha sido debidamente prevista, adscribiéndosele a la subcuenta de alto costo, componente específico cáncer, como se regula en el artículo 22 de la iniciativa.

El Ministerio Público comparte la posición expresada por el Congreso, en el sentido de que más que generar gasto público, el proyecto de ley pretende reorganizar los recursos existentes en el SGSSS, de modo que se logre una atención satisfactoria para los pacientes adultos de cáncer. Por ende, las exigencias de la regulación orgánica no resultaban aplicables.

3.9.1. El artículo 7º de la Ley 819/03. Orgánica de Presupuesto, establece un grupo de mecanismos destinados a hacer compatibles los gastos fiscales que puedan establecerse en iniciativas legislativas con la política económica del Estado. Para el efecto, se fijan unas condiciones definidas, como lo expone el texto del precepto:

"Artículo 7°. *Análisis del Impacto Fiscal de las Normas*. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

"Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

"El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la ***Gaceta del Congreso.***

"Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

"En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces."

Sentencias anteriores de la Corte han dilucido las implicaciones de esta previsión orgánica en cuanto a la constitucionalidad del trámite legislativo. Sobre el particular, se ha partido de considerar que la exigencia contemplada en el artículo 7º de la Ley 819/03 busca satisfacer finalidades constitucionalmente valiosas, relacionadas con (i) el otorgamiento de racionalidad al procedimiento legislativo; y (ii) la eficacia material de las leyes, la cual pasa ineludiblemente por la determinación y consecución de los recursos económicos necesarios, en un marco de compatibilidad con la política económica del país. Sin embargo, el mismo precedente ha previsto que del tenor literal del artículo 7º citado, se advierte que el logro de dicha compatibilidad es una tarea en que existen competencias concurrentes del Ejecutivo y del Congreso. El precedente constitucional vigente sobre la materia fue expuesto por la Corte en la sentencia C-502/07 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), fallo que estudió la constitucionalidad del proyecto de ley estatutaria número 34/05 Senado y 207/05 Cámara "*por la cual se desarrolla el artículo 227 de la Constitución Política, con relación a la elección directa de parlamentarios andinos*.". Dentro de dicho trámite de constitucionalidad, fue abordado el tópico referido a la presunta inconstitucionalidad de la iniciativa, en tanto había incumplido con el requisito de incorporar su impacto fiscal y la compatibilidad del mismo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Ello debido a que el proyecto de ley fijaba algunas tareas a cargo de la Organización Electoral que, en criterio del Procurador General y algunos intervinientes, involucran la ejecución de gasto público.

Sobre el particular, la sentencia expresa las siguientes razones, que por su importancia nodal para resolver la materia objeto de análisis, conviene transcribir *in extenso*:

"El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 exige que en todo proyecto de ley, ordenanza o acuerdo que ordene gastos u conceda beneficios tributarios se explicite cuál es su impacto fiscal y se establezca su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo que dicta anualmente el Gobierno Nacional. Para el efecto dispone que en las exposiciones de motivos de los proyectos y en cada una de las ponencias para debate se deben incluir expresamente los costos fiscales de los proyectos y la fuente de ingreso adicional para cubrir los mencionados costos. De la misma manera, establece que durante el trámite de los proyectos el Ministerio de Hacienda debe rendir concepto acerca de los costos fiscales que se han estimado para cada uno de los proyectos, así como sobre la fuente de ingresos para cubrirlos y sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Evidentemente, las normas contenidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un importante instrumento de racionalización de la actividad legislativa, con el fin de que ella se realice con conocimiento de causa de los costos fiscales que genera cada una de las leyes aprobadas por el Congreso de la República. También permiten que las leyes dictadas estén en armonía con la situación económica del país y con la política económica trazada por las autoridades correspondientes. Ello contribuye ciertamente a generar orden en las finanzas públicas, lo cual repercute favorablemente en la estabilidad macroeconómica del país.

De la misma manera, el cumplimiento de los requisitos establecidos en el mencionado artículo 7° ha de tener una incidencia favorable en la aplicación efectiva de las leyes, ya que la aprobación

de las mismas solamente se producirá después de conocerse su impacto fiscal previsible y las posibilidades de financiarlo. Ello indica que la aprobación de las leyes no estará acompañada de la permanente incertidumbre acerca de la posibilidad de cumplirlas o de desarrollar la política pública en ellas plasmada. Con ello, los instrumentos contenidos en el artículo 7° analizado pueden contribuir a la superación de esa tradición existente en el país –de efectos tan deletéreos en el Estado Social de Derecho– que lleva a aprobar leyes sin que se incorporen en el diseño de las mismas los elementos necesarios –administrativos, presupuestales y técnicos– para asegurar su efectiva implementación y para hacer el seguimiento de los obstáculos que dificultan su cabal, oportuno y pleno cumplimiento.

Así, pues, el mencionado artículo 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera para que el Congreso ejerza su función legislativa o una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente.

35. Ciertamente, dadas las condiciones actuales en que se desempeña el Congreso de la República, admitir que el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituye un requisito de trámite, que crea una carga adicional y exclusiva sobre el Congreso en la formación de los proyectos de ley, significa, en la práctica, cercenar considerablemente la facultad del Congreso para legislar y concederle al Ministerio de Hacienda una especie de poder de veto sobre los proyectos de ley.

Por una parte, los requisitos contenidos en el artículo presuponen que los congresistas –o las bancadas– tengan los conocimientos y herramientas suficientes para estimar los costos fiscales de una iniciativa legal, para determinar la fuente con la que podrían financiarse y para valorar sus proyectos frente al Marco Fiscal de Mediano Plazo. En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso.

Pero, además, el Ministerio podría decidir no intervenir en el trámite de un proyecto de ley que genere impacto fiscal o simplemente desatender el trámite de los proyectos. Ello podría conducir a que el proyecto fuera aprobado sin haberse escuchado la posición del Ministerio y sin conocer de manera certera si el proyecto se adecua a las exigencias macroeconómicas establecidas en el Marco Fiscal de Mediano Plazo. En realidad, esta situación ya se presentó en el caso analizado en la Sentencia C-874 de 2005 –atrás reseñada– y el Presidente de la República objetó el proyecto por cuanto el Ministerio de Hacienda no había conceptuado acerca de la iniciativa legal. Sin embargo, como se recordó, en aquella ocasión la Corte manifestó que la omisión del Ministerio de Hacienda no afectaba la validez del proceso legislativo.

36. Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del artículo 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda. Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el Ministro de Hacienda.

Por otra parte, es preciso reiterar que si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas

acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente."

3.9.2. A partir de estas consideraciones y con base en el análisis de las demás sentencias que han tratado la materia, más recientemente la Corte, en la sentencia C-315/08 (M.P. Jaime Córdoba Triviño), fallo que decidió acerca de las objeciones presidenciales formuladas al Proyecto de ley número 18/06 Senado, 207/07 Cámara, "*por la cual se establecen rebajas en las sanciones para los remisos del servicio militar obligatorio*", fijó las reglas jurisprudenciales relacionadas con las implicaciones del artículo 7º de la Ley 819/03 para el trámite de las leyes ordinarias por parte del Congreso. Al respecto se establecieron los siguientes criterios[40].

3.9.2.1. Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas.

3.9.2.2. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (*i*) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (*ii*) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

3.9.2.3. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto.

3.9.2.4. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

3.9.3. Aplicadas estas reglas para el caso que nos ocupa se tiene que en distintos momentos del trámite legislativo, el Congreso expresó las implicaciones fiscales que implicaba el proyecto de ley y, por tanto, estipuló un modelo de financiación para hacer frente a las mismas. Así, en la ponencia para primer debate en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, se hicieron algunas consideraciones sobre el costo de la atención integral a los pacientes de cáncer propuesta en la iniciativa:

"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 incontenibles 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."[41]

A partir de esta comprobación, el articulado de la ponencia en esa misma instancia del trámite legislativo, dispuso una fórmula técnica y específica de financiación de las prestaciones médico asistenciales previstas en el proyecto de ley. De tal modo, se estableció un precepto del siguiente tenor:

"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

[40] Debe resaltarse, además, que el mismo precedente ha sido acogido en su integridad por la jurisprudencia más reciente de la Corte sobre la materia. Cfr. Corte Constitucional, Sentencia C-441/09 (M.P. Juan Carlos Henao Pérez).

[41] Cfr. ***Gaceta del Congreso*** 140/08, página 12. Folio 604 del cuaderno principal 1.

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 valórem 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°. Coeficiente 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 3º del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente CIRCi 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 1º del año n-2, a junio 30 del año n-1.

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

Parágrafo 4º. 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."[42]

A su vez, en el informe de ponencia para primer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República se propuso reformular el método de financiación aprobado por la Cámara. Así, en el pliego de modificaciones correspondiente se indicó que del artículo de financiación "*se eliminan las disposiciones en que distribuían tributos y regalías entre otras formas de financiación del fondo para el manejo del cáncer, esto con motivo a que la Constitución Política en su artículo 154 dispone que son de iniciativa privativa del Gobierno Nacional, los proyectos que proponen ordenar participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas*"[43]. Por lo tanto, estableció el texto sobre financiación que finalmente fue acogido como el artículo 22 del proyecto de ley objetado, el cual señala que "*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*."

3.9.4. De otro lado, en lo que tiene que ver con la intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público durante el trámite del proyecto de ley, la Corte encuentra que esta se efectuó a través de concepto del 20 de octubre de 2008, presentado ante el Senador Ricardo Arias Mora, Presidente de la Comisión Séptima de la Senado de la República[44]. Este

---

42 Ibídem. Página 14, folio 606 del cuaderno principal 1.

43 Cfr. ***Gaceta del Congreso*** 710/08, página 384 del cuaderno principal 1.

44 Cfr. ***Gaceta del Congreso*** 748/08, páginas 6-8. El original del concepto obra a folios 374-378 del cuaderno principal 1.

concepto se centró en realizar algunas observaciones al Congreso, en el sentido de que la atención integral a los pacientes de cáncer debía articularse con las competencias de la CRES, según las funciones que a dicha Comisión le había asignado la Ley 1122/07, las cuales habían sido avaladas por la Corte en la Sentencia T-760/08. Adicionalmente, insistió en la necesidad de otorgarle racionalidad y eficiencia al uso de los recursos para atención en salud, al igual que a los sistemas de información sobre los usuarios, con el fin de garantizar el adecuado suministro de las prestaciones médico-asistenciales.

No obstante, dicha intervención no hizo consideración alguna acerca del cumplimiento de las normas orgánicas de presupuesto, en especial respecto de la satisfacción de los requisitos de establecimiento de la fuente de financiación y compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo, de que trata el artículo 7º de la Ley 816/03.

3.9.5. En este orden de ideas, la Corte concluye que para el caso del proyecto de ley objetado no se evidencia un vicio de inconstitucionalidad derivado de la violación de la normatividad orgánica de presupuesto. Nótese que el Congreso, con base en las herramientas que tenía a su alcance, estableció un método de financiación destinado a hacer frente al impacto fiscal de la medida. En esta instancia, correspondía al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, conforme al deber que le impone el inciso tercero del artículo 7º de la Ley 819/03, presentar concepto en el cual hubiera señalado que la fórmula de financiación propuesta por el legislativo se oponía al Marco Fiscal de Mediano Plazo o no contemplaba las fuentes de financiación necesarias. En contrario, en su intervención guardó silencio sobre la materia, omisión que, conforme a la posición jurisprudencial de esta Corporación, no puede dar lugar a la afectación de la constitucionalidad del trámite.

Debe insistirse en que si el Gobierno consideraba que el modo de financiación dispuesto por las cámaras no se ajustaba a los requerimientos y condiciones de su política económica, estaba obligado a indicar, a través de la instancia prevista en el artículo 7º de la Ley 819/03, las observaciones del caso. Así, no resulta admisible aceptar que la omisión en el uso de dicho instrumento pueda servir de sustento a la configuración de un vicio de constitucionalidad de la iniciativa. Ello bajo el entendido de que la compatibilidad entre los proyectos de ley y la política económica es un asunto en el que concurren el Congreso y el Gobierno, sin que aquel tenga poder de veto sobre la capacidad del legislativo de producir las leyes.

Con base en los argumentos anteriores, la Corte desestimará la objeción presidencial basada en la pretermisión de la normatividad orgánica de presupuesto.

3.10. Conforme a las razones explicadas en los fundamentos jurídicos precedentes, la Corte encuentra que ninguna de las objeciones presidenciales formuladas contra el proyecto de ley llevan a cuestionar su constitucionalidad. Por lo tanto, la Sala declarará exequible la iniciativa, restringiéndose los efectos de esta decisión a las materias estudiadas en la presente sentencia.

DECISIÓN

En mérito a las consideraciones expuestas, la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

Primero. Declarar **Infundadas** las objeciones presidenciales formuladas al Proyecto de Ley número 312/08 Senado, 90/07 Cámara, "*Ley Sandra Ceballos*, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia"*.

Segundo. En consecuencia de lo anterior y exclusivamente respecto de las objeciones formuladas por el Gobierno Nacional, declarar Exequible el Proyecto de Ley número 312/08 Senado, 90/07 Cámara, "Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia".

Tercero. **Inhibirse** de adoptar una decisión de fondo respecto de las objeciones presidenciales fundadas en (i) la incompatibilidad del proyecto con el principio de integralidad, las competencias de la CRES en materia de regulación del contenido del SGSSS y con las previsiones del Plan Nacional de Salud Pública; y (ii) la vulneración del derecho a la participación de los usuarios, en razón de la inexistencia de razones suficientes para efectuar un juicio de constitucionalidad sobre la materia, conforme se expresó en los fundamentos jurídicos 3.4., 3.5. y 3.6., de esta decisión.

Cuarto. Dese cumplimiento a lo previsto en el artículo 167 de la Constitución Política.

Cópiese, notifíquese, comuníquese al Presidente de la República y a la Presidenta del Congreso, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional, cúmplase y archívese el expediente.

El Presidente,

Nilson Pinilla Pinilla.

La Magistrada,

María Victoria Calle Correa.

El Magistrado,

Mauricio González Cuervo.

El Magistrado,

Juan Carlos Henao Pérez.

El Magistrado,

Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, OP 124.

El Magistrado,

Jorge Iván Palacio Palacio.

El Magistrado,

Jorge Ignacio Pretelt Chaljub,
Magistrado.

Aclaración de voto.

Humberto Antonio Sierra Porto,
con aclaración de voto.

Magistrado (P),

Luis Ernesto Vargas Silva.

La Secretaria General,

Martha Victoria Sáchica de Moncaleano.

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2010