



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 912

Bogotá, D. C., lunes, 2 de agosto de 2021

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE

ACTA NÚMERO 51 DE 2021

(mayo 24)

Sesión Ordinaria Virtual

Legislatura 2020-2021

TEMA: “*Foro, previo al segundo debate Senado, al Proyecto de ley 321 de 2020 Senado, 259 de 2019 Cámara (“por medio de la cual se establecen medidas para el diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación, y cuidados paliativos del cáncer de mama y se dictan otras disposiciones”.*

De manera virtual, el día lunes veinticuatro (24) de mayo de dos mil veintiuno (2021), actuando como Presidente de la Sesión el honorable Senador *José Ritter López Peña*, el honorable Senador *Carlos Fernando Motoa Solarte*, en su calidad de Vicepresidente y, como Secretario, el doctor *Jesús María España Vergara*. Siendo las nueve y quince minutos de la mañana (9:15 a. m.), se dio inicio al Foro, virtual, programado para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

LUNES 24 DE MAYO DE 2021

ACTA NÚMERO 51

PLATAFORMA YOUTUBE: Compartiremos transmisión en vivo de la sesión a través del Canal de la Comisión Séptima del Senado mediante la plataforma de YouTube:

<https://www.youtube.com/channel/UCVnZKJeJxweHebgm5DEeTIA>

Quincuagésima Primera Sesión Ordinaria no presencial

Foro al Proyecto de ley 321 de 2020 Senado, previo al segundo debate

Legislatura 2020-2021

Plataforma zoom

Hora: nueve de la mañana

Por instrucciones de la Honorable Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (**honorable Senador José Ritter López Peña – Presidente – y honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte Vicepresidente**), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del día **Lunes 24 de mayo de 2021**, que aquí se convoca, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Foro, Previo al segundo debate Senado, al Proyecto de ley 321 de 2020 Senado, 259 de 2019 Cámara (“por medio de la cual se establecen

medidas para el diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación, y cuidados paliativos del cáncer de mama y se dictan otras disposiciones”).

Proyecto de ley número 321/2020 Senado, 259/2019 Cámara, por medio de la cual establecen medidas para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer de mama y se dictan otras disposiciones

Iniciativa: Honorables Representantes Óscar Leonardo Villamizar Meneses, Juan David Vélez Trujillo, Enrique Cabrales Baquero, Jhon Jairo Bermúdez Garcés, José Vicente Carreño Castro, Esteban Quintero Cardona, Yenica Sugein Acosta Infante, Juan Manuel Daza Iguarán

Radicado: En Cámara: 01-10-2019 en Senado: 17-07-2020 en Comisión: 21-07-2020

Publicaciones – Gacetas

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1 ^{er} DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2 ^{do} DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA	PONENCIA-1 ^{do} DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2 ^{do} DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO
13 Art Gaceta del Congreso número 982/2019	12 Art Gaceta del Congreso número 1122/2019	13 Art. Gaceta del Congreso número 242/2020	12 Art. Gaceta del Congreso número 242/2020	13 Art. Gaceta del Congreso número 367/2020	13 Art. Gaceta del Congreso número 105/2021 Inf Com Accidental Gaceta del Congreso número 227/221			

TRÁMITE EN CÁMARA DE REPRESENTANTES	
Radicado en Comisión	Octubre 10 de 2019
Ponentes Primer Debate Cámara	Honorable Representante Jairo Cristancho Tarache (Coordinador Ponente) Norma Hurtado Sánchez. Designados el 15 de octubre de 2019.
Ponencia Primer Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 1122/2019
Aprobado en Sesión	3 de Diciembre de 2019 Acta número 25
Ponentes Segundo Debate martes 11 de mayo de 2021, según Acta 48;	Honorable Representantes Jairo Cristancho Tarache (Coordinador Ponente) Norma Hurtado Sánchez, Ángela Patricia Sánchez Leal Designados el 5 de diciembre de 2019.
Ponencia Segundo Debate	<i>Gaceta del Congreso</i> número 242/2020
Enviado a Secretaría General	27 de enero de 2020
Aprobado en Plenaria	Mayo 19 de 2020 Acta número 126
CONCEPTOS	Ministerio de Hacienda Fecha: 4 de junio de 2020 <i>Gaceta del Congreso</i> 290/2020
	Ministerio de Educación Fecha: 21 de febrero de 2020 <i>Gaceta del Congreso</i> 123/2020
	SUPERSALUD Fecha: 16 de diciembre de 2019, se manda a publicar 24 de agosto de 2020 <i>Gaceta del Congreso</i> 780/2020
	Ministerio de Educación Fecha: 21 de febrero de 2020. Se manda a publicar 24 de agosto de 2020 <i>Gaceta del Congreso</i> 780/2020

ANUNCIOS

Martes 23 de marzo de 2021, según Acta 42; miércoles 24 de marzo de 2021 según Acta número 43; martes 6 de abril de 2021, según Acta 44; miércoles 7 de abril de 2021, según consta en Acta 45; según consta en Acta 45; jueves 22 de abril de 2021, según consta en Acta 46; miércoles 5 de mayo de 2021, según consta en Acta 47; martes 11 de mayo de 2021, según Acta 48;

PONENTES PRIMER DEBATE

Honorables Senadores Ponentes (22-07-2020)	Asignado (a)	Partido
Gabriel Jaime Velasco Ocampo	Ponente Único	Centro Democrático

TRÁMITE EN SENADO

JUL.22.2020: Designación de ponentes mediante oficio CSP-CS-0942-2020

SEP.03.2020: Radican Prórroga para presentar Informe de Ponencia para Primer Debate

SEP.03.2020: Aceptación de Prórroga mediante oficio CSP-CS-COVID-19-1256-2020

MAR.02.2021: Radican informe de ponencia para primer debate

MAR.05.2021: Se manda a publicar informe de ponencia para primer debate mediante oficio CSP-CS-COVID-19-0095-2021

MAR.24.2021: Se inicia la discusión y se aprobó la proposición con que termina el informe de ponencia

ABRIL.06.2021: Se designó Comisión Accidental para conciliar proposiciones (Honorables Senadores *Aydeé Lizarazo, Laura Fortich, Carlos Fernando Motoa, Gabriel Velasco Ocampo.*

ABRIL.07.2021: Se envía a publicación el Informe de la Comisión Accidental en *Gaceta del Congreso* número 227/221

MAY.13.2021: Aprobado en Primer Debate Senado

PENDIENTE DE FORO Y PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE**CONCEPTO MINISTERIO DE SALUD**

FECHA: 20-08-2020

Gaceta del Congreso número **810/2020**

SE MANDA PUBLICAR EL 31 DE AGOSTO DE 2020

OBSERVACIONES DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA - ACR

FECHA: 04-05-2021

Gaceta del Congreso número **XXX/2021**

SE MANDA PUBLICAR EL XX DE MAY DE 2021

INVITADOS:

Doctor *Fernando Ruiz Gómez* - Ministro de Salud y de la Protección Social

Doctor *José Manuel Restrepo* - Ministro de Hacienda

Doctora *María Victoria Angulo González* - Ministra de Educación Nacional

Doctor *Fabio Aristizábal Ángel* - Superintendente de Salud

Doctora *Carolina Wiesner Ceballos* - Directora General Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Doctora *María Vilma García de Soto* - Presidenta Liga Colombiana Contra El Cáncer

Doctora *Adriana Mari Garzón* - Presidenta Fundación Simmon

Doctora *Micaela Arrieta, Md.* - Presidenta Asociación Colombiana de Radiología (ACR)

Doctora *Claudia Mercedes Amaya Ayala* - Directora Fundación **Senosama**

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y los honorables Senadores

La Mesa Directiva saliente de la Comisión Séptima del Senado, altamente agradecerá la **puntual asistencia**, para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
Presidente

CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Vicepresidente



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
Secretario de la Comisión

Esta sesión de ordinaria, virtual, contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y honorables Senadoras:

Al inicio del Foro, virtual, se hicieron presentes los honorables Senadores y honorables Senadoras:

Blel Scaff Nadya Georgette

Fortich Sánchez Laura Ester

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Lizarazo Cubillos Aydeé

López Peña José Ritter

Motoa Solarte Carlos Fernando

Palchucan Chingal Manuel Bitervo

Polo Narváez José Aulo

Romero Soto Milla Patricia

Velasco Ocampo Gabriel Jaime

Con excusa dejaron de asistir los honorables Senadores:

Castilla Salazar Jesús Alberto

Simanca Herrera Victoria Sandino

Sus excusas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

El honorable Senador Castillo Suárez Fabián Gerardo, mediante oficio de fecha 28 de julio de 2021, enviado a esta Secretaría de Comisión, vía mail, al correo comision.septima@senado.gov.co, el día 29 de julio de 2021, a las 4:16 p. m., dejó

constancia que "... se conectó de manera virtual a través de los links correspondientes a cada sesión, enviados por la Secretaria General de la Comisión mediante correo electrónico." El texto completo al final de la presente acta, en un (1) folio.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión ordinaria virtual, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo del presente Foro, virtual, Legislatura 2020-2021, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Presidente.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Doctor España, buenos días de nuevo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Buenos días nuevamente señor Presidente, tenemos ocho (8) senadores conectados en plataforma lo cual indicaría que tendríamos Quórum Decisorio.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Bueno doctor España; buenos días a todos, un abrazo especial, dando cumplimiento pues rápidamente como nos comprometimos a realizar esta audiencia rápidamente porque entendemos la importancia del proyecto y pueda ser llevado a Plenaria; doctor España por favor proceda a llamar a lista, voy a contestar a lista doctor España y me va a reemplazar la Senadora Nadia Blel en la conducción de este foro porque tengo cita médica, le agradezco inmensamente como siempre a Nadya muy amable, doctor España por favor llamar a lista.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

siendo las nueve y quince (9:15 a. m.) de la mañana de hoy lunes 24 mayo 2021 el honorable senador José Ritter López Peña en su calidad de Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República ordena al secretario de la Comisión llamar a lista para verificar el quórum de asistencia de los honorables senadores senadoras y seguidamente verificar la asistencia de los invitados a este foro, previo al segundo debate al Proyecto de ley 321 de 2020 Senado sobre Cáncer de Mama; ya el señor Presidente ha informado que se retirará de la plataforma y que lo estará reemplazando la

senadora Nadya Georgette Blel Scaff. Vamos a llamar a lista por Comisión Séptima del Senado:

Blel Scaff Nadya Georgette.

Honorable Secretaria Nadya Georgette Blel Scaff:

Nadya Blel presente Presidente y secretario, buenos días para todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias Senadora Nadya.

Castilla Salazar Jesús Alberto

Castillo Suárez Fabián Gerardo.

Fortich Sánchez Laura Ester.

Honorable Secretaria Laura Ester Fortich Sánchez:

Laura Fortich presente señor secretario, saludo para todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Laura.

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo:

Presente señor secretario, saludo especial para todos ustedes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senador Honorio.

Lizarazo Cubillos Aydeé.

Honorable Senadora Aydeé Lizarazo Cubillos:

Aydeé Lizarazo Cubillos presente secretario, feliz día para todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Aydeé.

López Peña José Ritter.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Ritter López presente secretario, muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias.

Motoa Solarte Carlos Fernando.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:

Presente secretario, buenos días a todos los integrantes de la Comisión Séptima del Senado de la República.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senador Carlos Fernando.

Palchucan Chingal Manuel Bitervo.

Honorable Senador Manuel Bitervo Palchucan Chingal:

Palchucan Manuel Bitervo presente señor secretario, buenos días a usted y a todos los Senadores.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias Senador.

Polo Narváez José Aulo.

Honorable Senador José Aulo Polo Narváez:

Con el saludo cariñoso a las y los senadores, buenos días presente José Aulo Polo Narváez.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Muchas gracias senador José Aulo.

Romero Soto Milla Patricia.

Honorable Senadora Milla Patricia Romero Soto:

Presente señor secretario, buenos días para todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Milla, buenos días.

Simanca Herrera Victoria Sandino.

Honorable Senadora Victoria Sandino Simanca Herrera:

Buenos días Secretario presente, Victoria Sandino.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias Senadora Victoria.

Velasco Ocampo Gabriel.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

Gabriel Velasco presente, un saludo a todos, secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Segundo llamado Castilla Salazar Jesús Alberto.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

¿Me escuchó secretario? Gabriel Velasco presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sí Senador Velasco, gracias.

Castilla Salazar Jesús Alberto, segundo llamado no responde; segundo llamado Castillo Suárez Fabián Gerardo, no responde.

Señor Presidente honorables senadores y senadoras, once (11) honorables senadores y senadoras contestaron el llamado a lista. Se procede por la Secretaría llamar a los invitados a este foro:

Doctor Fernando Ruiz Gómez - Ministro de Salud y de la Protección Social. El señor Ministro de Salud no responde, no hay delegación.

Doctor José Manuel Restrepo - Ministro de Hacienda, no responden no hay delegación.

Doctora María Victoria Angulo González - Ministra de Educación Nacional; no responde, no hay delegación.

Doctor Fabio Aristizábal Ángel - Superintendente Nacional de Salud.

Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Presente secretario, un saludo especial.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias señor Superintendente, gracias.

Doctora Carolina Wiesner Ceballos - Directora General Instituto Nacional de Cancerología, nos informó que delega o delegó en el doctor Franklin

Roosevelt Vargas Morán, doctor Franklin Roosevelt por favor.

Delegado Instituto Nacional de Cancerología, doctor Franklin Roosevelt Vargas Morán: Presente señor secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor.

Doctora María Vilma García de Soto - Presidenta Liga Colombiana Contra El Cáncer, no están conectados, no hay delegación.

Doctora Adriana Mari Garzón - Presidenta Fundación Simmon, no responden, no hay delegación.

Doctora Micaela Arrieta, Md. - Presidenta Asociación Colombiana de Radiología (ACR)

Presidenta Asociación Colombiana de Radiología, doctora Micaela Arrieta:

Buenos días, presente; a nombre de la Asociación Colombiana de Radiología hablará el doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco, gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Jairo Hernando ¿está conectado?

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

Sí señor Secretario presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora Micaela, gracias doctor Jairo Hernando.

Doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala - Directora Fundación Senosama; no están conectados ni hay delegación.

Doctor Sebastián Quintero de la Fundación Salud Querida.

Fundación Salud Querida, doctor Sebastián Quintero:

Presente secretario muy buenos días a todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Sebastián. Señor Presidente de los invitados y delegados solo hay cuatro; diez no

están conectados, ni han enviado delegación; se procede por la secretaría dar lectura al Orden del Día que es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

El Viceministro está presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Quién?

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

El Viceministro, el doctor Moscoso.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Moscoso.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Está conectado.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Mota Solarte:

Secretario, el Ministro de Salud ha delegado en el Viceministro Moscoso su intervención.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Me recuerda el nombre del...

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Luis Moscoso.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Mota Solarte:

Buenos días Ministro.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Buenos días a todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Entonces está el doctor Luis Moscoso, Viceministro de Salud en representación.

Directora Fundación Senosama, doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala:

Claudia Amaya disculpe.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Claudia Amaya.

Directora Fundación Senosama, doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala:

Fundación Senosama presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Fundación Senosama presente ok.

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Juan Puentes del Ministerio de Hacienda presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ministerio Hacienda ¿me recuerda el nombre?

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Juan Puentes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Quién?

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Juan Puentes, Juan Puentes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Juan Puentes; qué cargo tiene en el Ministerio, por favor.

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Asesor delegado del Ministro.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Puentes; entonces el Orden del Día es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Desarrollo del foro previo al segundo debate en plenaria del Senado al Proyecto de ley 321 de 2020 Senado, 259 de 2019 Cámara que fue aprobado finalmente por la Comisión Séptima del Senado de la República, el día 13 de mayo pasado; los invitados ya están leídos, los que se lleguen a conectar o lleguen a delegar la secretaría lo estará informando. Es la información que tenemos para este foro de hoy señor Presidente, senadora Nadya que va a presidir o el senador Motoa, no sé; tenemos once (11) senadores y senadoras que contestaron el llamado a la lista y se mantienen.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:

Secretario yo he hablado con el Presidente, como he tenido ciertas observaciones a este proyecto de ley, basado en los comentarios muy bien sustentados del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda y del Instituto Nacional de Cancerología hemos decidido junto con el Presidente Ritter López que en gracia de dar mayor transparencia a este foro, lo pueda hacer la senadora Nadya Blel que es la primera en la lista cuando debe reemplazar a cualquiera de la Mesa Directiva; muchas gracias secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senador Carlos Fernando; entonces mi querida senadora Nadya Georgette, por favor nos toma la presidencia de esta sesión, de este foro.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias secretario buenos días para todos, un saludo muy especial al Viceministro el doctor Luis Moscoso nos acompaña, al Superintendente de Salud y a todos los equipos del gobierno nacional y organizaciones relacionadas. Secretario, la senadora VICTORIA SANDINO nos informa a través del chat que tiene una cita médica urgente y por eso en estos momentos no se puede conectar, entonces para que por favor usted la tenga en cuenta, que apenas sea posible, ella pues se conectará a esta audiencia. Quiero darle el uso.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Toca aprobar el Orden del Día Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Me confirma el Quórum secretario, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Tenemos diez (10) honorables senadores y senadoras, excluyendo a la senadora Victoria Sandino que aquí nos está llegando un mensaje de ella vía chat; tenemos diez 10 senadores y senadoras conectados en plataforma.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Bueno, se somete a consideración el Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

No hay observaciones de ninguno de los diez (10) senadores y senadoras conectados, señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

¿Lo aprueba la Comisión?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por diez (10) votos conectados en plataforma que contestaron el llamado a lista, exceptuando a la senadora Victoria Sandino Simanca Herrera, la Comisión Séptima del Senado aprueba el Orden del Día presentado, señora Presidenta, dado a conocer oportunamente a todos los integrantes de la Comisión con el último punto de proposiciones y varios y no tiene ninguna modificación.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias secretario; antes de iniciar dándole la palabra a nuestros invitados me gustaría saber si el Senador Gabriel Velasco quiere hacer una pequeña intervención o dar un pequeño saludo a los invitados.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

Gracias senadora; no, pues básicamente saludar a todos los invitados, nosotros dentro del proyecto de ley hemos manifestado digamos que algunas inquietudes, formamos parte de la sub comisión y la verdad pues que somos los más interesados en que este proyecto pueda avanzar, nosotros además somos el coordinador ponente de este proyecto de ley y la verdad lo que queremos es agradecerle a todos por estar aquí, porque entiendo pues ya que nos falta el último debate y la idea es poder pues conocer las diferentes observaciones, presentar el último informe de ponencia para discutirlo en el último debate en senado y que sea Ley de la

República y yo creo pues que también hemos hecho un esfuerzo por ajustarlo, digamos a los argumentos técnicos que nos ha venido dando, los que son los responsables de las construcción y generación de la política pública en el país, que pues en este caso es el Ministerio de Salud y el Instituto Cancerológico, entonces no, muchas gracias senadora y un saludo muy especial a todos y aquí estaremos súper pendientes de este foro tan importante y le agradecemos a la Mesa Directiva por haberlo hecho tan rápido con el fin de darle celeridad al trámite de este proyecto de ley.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Superintendente Nacional de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel quién está conectado en plataforma, envió una solicitud hace unos 15- 20 minutos que se la trasladé al señor Presidente Ritter, me dijo que accedía a ella en el sentido de que se le de prelación en la intervención del doctor Fabio Aristizábal porque tiene otros compromisos de agenda gubernamental que debe cumplir también en la mañana, entonces pide que se le dé prelación a su intervención, ya usted lo decide Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice si no hay ningún problema que lo veo a usted muy juicioso conectado, al doctor Luis Moscoso, podemos darle el uso de la palabra al doctor Fabio Aristizábal que tiene otro compromiso, para que esta Comisión pueda escucharlo, si le parece bien Vice, con su venia le vamos a dar el uso de la palabra al Super, doctor Fabio Aristizábal.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Tiempo, para tiempo para intervenir?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

10 minutos máximo secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias señora Presidenta; doctor Fabio Aristizábal la señora Presidenta le concede el uso de la palabra por 10 minutos, accediendo a su petición.

Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Muchas gracias secretario por su intervención oportuna para que yo pueda intervenir, señora Presidenta me complace mucho saludarla, desearle lo mejor del mundo, espero que ese bebé nos nazca cómo debe ser, bello, rozagante; saludar al Viceministro, al doctor Carlos Fernando Motoa, señor Vicepresidente, al secretario, a todos los compañeros del gobierno, los demás senadores que están conectados.

Todos saben, yo soy muy sensible con este tipo de proyectos, nosotros personalmente Presidenta en la familia tuvimos que vivir algo que transformó la vida de todos nosotros y fue la muerte de mi madre que arrancó con un cáncer de mama precisamente, tuvo que padecer muchísimos años las dolencias, los tratamientos, las secuelas, hasta que desafortunadamente falleció después de muchos tratamientos, entonces yo tengo toda mi sensibilidad con estos proyectos, no solamente por eso, sino porque lo he tenido que vivir ahora como Superintendente y sé lo que padecen las familias colombianas; por eso tratar de trabajar en la detección, en la oportuna detección con todos los medios que debe tener el sistema salud para atender esta población, pues para mí también es importante y gracias por invitarme, yo sé que ahora el Viceministro que tiene un amplio conocimiento de esto, pues va hacer su presentación.

Lo nuestro es muy corto, realmente hay solamente dos artículos señora Presidenta que incluyen a la Superintendencia Nacional de Salud; el proyecto 259 que es de Cámara y 351 de Senado, digamos al cual fui citado, digamos que medidas que está buscando que son oportunas en materia de promoción, de detección temprana, de tener los recursos, de tener un tratamiento integral, de rehabilitación y todo el cuidado que necesita paliativo una persona que tiene este tipo de cáncer de mama, pues es importante no solamente para el país y para el Sistema. En el proyecto se contemplan dos artículos realmente que tienen que ver con nosotros con la Superintendencia Nacional de Salud; el uno, es el artículo 10 que son artículos los dos de inspección, vigilancia y control, el artículo 10 dice que las funciones de inspección vigilancia y control de las disposiciones contenidas en la presente ley estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de las autoridades territoriales en el ámbito de sus competencias, según las normas vigentes quienes garantizarán, primer recomendación y primer solicitud respetuosa de la Superintendencia es que se cambiara en la redacción “garantizará” por “velarán” por el cumplimiento de las mismas, es simplemente, son unos ajustes muy pequeños,

nos parece que es importante dejarlo; después viene un renglón que prácticamente ya sobraría: la Superintendencia Nacional de Salud velará y garantizará el cumplimiento de lo ordenado de la presente ley, entonces sugerimos respetuosamente que puedan eliminar, porque ya suena redundante este párrafo, si logran aceptar nuestra consideración.

Y, después viene el artículo 11 que simplemente habla de las sanciones y nosotros quisiéramos cambiar un poco señora Presidente, si nos lo permiten los honorables senadores, es la reacción en cuanto a las sanciones y actualmente está las sanciones al incumplimiento a las órdenes adoptadas en la presente ley serán impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud aplicando integralmente el procedimiento y sanciones previstas en la Ley 1438 de 2012 y en la Ley 1949 del 2019; nuestra propuesta en redacción sería la siguiente: el incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley dará lugar al inicio de las investigaciones y a la imposición de sanciones conforme a lo establecido en la Ley 1438 del 2011 y en la Ley 1949 del 2019 y las normas que la modifiquen o sustituyan; básicamente señora Presidenta, esta es señora Presidenta, estos son los dos únicos artículos que en los que tenemos que ver nosotros como Superintendencia de Salud y lo que tiene que ver con inspección, vigilancia y control y con los temas sancionatorios. No tenemos más artículos que nos involucren y como lo dije al inicio de esta presentación y gracias por la generosidad de dejarme hablar, anteceder la palabra del señor Viceministro, todas mis consideraciones con el doctor Moscoso y gracias por permitirme hablar y me uno con todos los senadores a este proyecto de ley, como lo dije tenemos mucha sensibilidad para estos tratamientos de cáncer y desde la Superintendencia hemos tenido que padecer, muchas de las aseguradoras del país que todavía no ven la salud como un derecho fundamental y que han estado abandonando inclusive pacientes con estos tratamientos como nos ocurrió recientemente con una EPS a la cual le ordenamos la liquidación; muchas gracias a la Junta Directiva, señor Vicepresidente, al doctor Carlos Fernando Motoa mi aprecio de siempre, doctor Motoa.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:

Gracias Super.

Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Nuestra futura madre que Dios la siga protegiendo y a todos los honorables senadores; gracias secretario, no sé si tienen alguna otra pregunta para nosotros como Superintendencia,

pero realmente solamente tenemos dos artículos que nos involucran.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Doctor muchas gracias, muchas gracias por acompañarnos, su presencia la verdad es muy importante para este foro y sé que pues el senador Gabriel va a tomar nota de todas sus recomendaciones y propuestas. Gracias Super por acompañarnos y gracias por esos buenos deseos.

Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Bendiciones senadora, que esté muy bien.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Viceministro doctor Luis Moscoso bienvenido, tiene el uso de la palabra.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Buenos días, buenos días señora Presidenta, doctor Motoa, doctor demás miembros de la Comisión Séptima y demás personas que nos acompañan, me han comentado que hay una, que existe (...)de algunas personas sobre el proyecto, yo creo que entre la Comisión, entre la Comisión y entre la Comisión y el Ministerio creo (...) se ha hecho un trabajo muy importante de revisión de cada uno de los aspectos y se ha llegado en alguna medida algún grado de consenso sobre (...) observaciones, entonces voy a hacer una pequeña presentación, pero al final podemos reafirmar comentarios después de la participación de las demás personas, muchas gracias, si quiere entonces pasemos la siguiente por favor; senadora, senadora Nadya ¿tiempo para la exposición?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice, estamos dando 10 minutos, pero tómese el tiempo que usted considere necesario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Hay problemas pero...

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

(...) en una situación de cáncer en marco (...) le agradezco si nos pueden cerrar los micrófonos; vamos a revisar el marco legislativo y la postura del Ministerio en relación al proyecto, la siguiente por favor, de la situación del cáncer en Colombia

tenemos claro que la edad es uno de los puntos de inflexión, uno de los reguladores en la presencia de esta enfermedad relacionado por los cambios (...) que son los casos asociados a la menopáusicas, cambios y demás afectaciones que sean hasta los 70 años; el cáncer se presenta mayormente en mujeres, aunque también se presenta en hombres asociada a exposiciones, a estrógenos endógenos en muy muy poca cantidad y la raza y el perfil socioeconómico que dispone están más (...) menor riesgo en la población indígena. Hay factores ambientales que definitivamente influyen en esta patología como son la industrialización, pero existen otros factores importantes que debemos tener si (...) patrones reproductivos, las terapias hormonales para la menopausia, los medicamentos que se usan para la fertilidad, los aspectos nutricionales, el cambio, los cambios, el cambio de peso, la actividad física, el consumo (...) la historia familiar; en los temas de cáncer previo es la radiación y las hormonas utilizadas adicionalmente en la obesidad, todo estos temas son muy importantes porque generan un contexto muy válido, un contexto de factores de riesgo que deben ser sujeto de evaluación y siempre de criterio médico, la siguiente.

¿Cómo ha sido la situación del cáncer de mama? como vemos es el mayor cáncer de mama en los escenarios de industrialización, los patrones dietéticos de consumo y las condiciones ambientales inducen a una mayor presencia, en el lado izquierdo vemos una gráfica de algunos países como vemos que a medida que va pasando todo el proceso de desarrollo humano y mayor grado de industrialización en estos países, viene subiendo, esto es una característica del mundo en el cual Colombia (...) médica no están en este momento en una posición intermedia, pero igualmente con crecimiento en la incidencia desafortunadamente y tristemente en la mortalidad por esta patología, pero es muy importante tener en cuenta estos factores, por eso estos determinantes que condicionan la mayor presencia de esta enfermedad, siguiente.

Vemos cómo hemos evolucionado, hemos evolucionado en la situación del cáncer, la siguiente por favor; en las tasas globales ajustadas vemos que en el 2005 el cáncer ocupaba el cuarto puesto, en el 2012 ocupaba el tercer puesto y en el 2018 ocupa el segundo puesto, esto jalonado por el comportamiento en las mujeres donde ha seguido siendo la principal, la principal causa, pero fíjate cómo hemos evolucionado.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice qué pena interrumpirle, pero tiene problemas en la conexión y se le está entrecortando la intervención.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Permíteme miro a ver si puedo acceder a otra línea, a otra, voy a quitar mi video para mejorar, para mejorar la conexión; ¿no sé si ya me escuchan mejor, de mejor forma?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Sí Vice, si lo escuchamos perfecto.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Entonces estamos comentando que la tasa ajustada de mortalidad en mujeres pues ha venido incrementando y eso ha llevado a que el cáncer de mama sea la segunda causa de mortalidad general de cáncer en el país, esto es una situación preocupante, siguiente; esta es una situación preocupante y de mayor desarrollo y tenemos unos departamentos con una menor incidencia, algunos de ellos ajustado con una preponderancia importante de población de naturaleza indígena donde se observa un...

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice que pena, pero no lo estamos escuchando.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

De diez a doce lo cual impacta el comportamiento del vector; entonces compartimos con todos ustedes la inquietud y la importancia de este proyecto y la necesidad de ajustar alguno de los temas asociados a esta patología y es tema y el manejo ya que está impactando gravemente la situación de los colombianos, siguiente por favor; vamos a hacer algunos temas que me parecen importantes de resaltar, con relación y que tiene que ver mucho con el tema de la edad en las lecturas de mamografías en los últimos 5 años, como observamos en las gráficas del lado izquierdo inferior el comportamiento ha sido distinto y todavía no alcanzamos las metas que esperamos, las metas mínimas y si bien en el Contributivo hoy tenemos detección del 60% en estados tempranos, todavía tenemos el 40% en estados tardíos, en el Régimen Subsidiado tenemos un número muy superior de detección eficiencia a las a temas de búsqueda; entonces aún con las edades que tenemos actualmente y con el comportamiento, pues vemos que todavía (...) de esos grupos poblacionales y sí tenemos que el mayor rango del mayor riesgo se dan en estas poblaciones, pues lógicamente tenemos que avanzar (...) positivamente, tenemos temas, hemos mejorado la oportunidad de sospecha clínica en cerca de 18 días,

bajamos de 53 (...) muy prolongado, pero hemos empeorado en la oportunidad entre el diagnóstico y el primer manejo, pasamos de 47 días a 59 días lo que significa un retraso de días (...) descartar importante en la oportunidad del manejo.

La proporción de cáncer en estados tempranos, si bien hemos subido del 42 al 51% sigue toda (...) por favor.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice no lo estamos escuchando bien; no sé si puede cambiarse de red porque se le está entrecortando la intervención.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Ya me estoy cambiando, a ver si ¿me escuchas mejor?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Sí ahí lo escuchamos.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Listo sí, ya cambié de red; entonces ante todo esta situación tenemos unas prioridades y unos objetivos: el primero es, fortalecer todos los temas de detección temprana por eso compartimos gran parte de los temas asociados, compartimos el proyecto en este sentido, en mejorar la detección, tenemos muchos retos y muchas acciones que adelantar, tenemos que mejorar la adherencia al auto examen de seno, mejorar la percepción de riesgo en nuestras mujeres sobre esta patología y lograr una detección más temprana, tenemos que acelerar todas las estrategias de búsqueda activa, como vemos el Régimen Subsidiado todavía tenemos un camino muy amplio por recorrer y nos falta todavía en el Régimen Contributivo, acelerar el acceso a la mamografía, todavía tenemos zonas del país con más dificultades muy grandes para esto, tenemos que mejorar la tipificación de riesgo en la consulta de promoción y mantenimiento de la salud porque también el tema de manejo es importante, la detección en cada una de las atenciones en salud es vital, pero si detectamos a tiempo no es suficiente, tenemos que mejorar en el tratamiento oportuno con estándares de calidad y mejorar la disponibilidad de acceso y centros especializados, siguiente.

Creo que esos son los temas en términos generales que igualmente son parte de los de los objetivos y las motivaciones del proyecto, siguiente; en esta voy a pasar muy rápidamente; siguiente; es

simplemente unos normativos en el tema cáncer en los últimos 10 años, que empieza con la Ley Sandra Ceballos, que va con la política del Plan Decenal de Salud, la Ley Estatutaria, las guías de práctica clínica, la Política de Atención Integral País, toda la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud que estableció el cumplimiento de detección temprana para cuatro rutas específicas, 4 cáncer y también todos los temas de mecanismos incentivos para, incentivos al desempeño por resultados, todo un tema de marco normativo que nos ha permitido avanzar pero que todavía nos deja muy lejos de los objetivos y lo que queremos con esta enfermedad, siguiente; el Plan Decenal en Control de Cáncer que incluye todos los temas de control de prevención primaria, que busca reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, la detección temprana y la tensión y superación de los daños causados que tienen por objetivo reducir las muertes evitables por cáncer mediante mecanismo y mejoras de detección, pero también de tratamiento y calidad; el mejoramiento de calidad de vida de los pacientes y los sobrevivientes que es muy importante que es para cada uno de los pacientes, de las familias y en general para la sociedad, pero también todo lo que tiene que ver con gestión del conocimiento y la tecnología para tener más mejor disponibilidad de información para toma de decisiones, pero también todo lo que tiene que ver con formación y desarrollo en talento humano para atender el cáncer. En el 2021 se desarrollará la evaluación del Plan Decenal acompañada del Instituto y seguramente de estas tendremos aprendizajes importantes que nos van a apoyar para el nuevo plan decenal de salud, pero que nos van a apoyar para el desarrollo y mejora de la detección, como el tratamiento de esta enfermedad, siguiente.

Ya en lo en forma específica con la postura del Ministerio: nosotros tenemos claro, la edad recomendada de tamización, que es los 50 años para mujeres menores de 50 años con antecedentes de riesgo, el examen físico, el examen clínico y la ecografía mamaria; pero también tenemos clara la importancia y la relevancia que tiene el criterio médico en estas opciones de manejo, creemos que el criterio médico es fundamental en determinar los factores de riesgo y al asociar cada uno de los factores de riesgo determinar para cada paciente las mejores condiciones en su momento; y la tamización debe tener una, de nuestra propuesta es seguir sobre los 50 años, la tamización es una implicación, es una intervención médica que tiene riesgos, falsos diagnósticos de cáncer, tratamientos innecesarios, estreses psicológicos, repercusiones diagnósticas y muy importante también, estaríamos incluyendo y tras y yendo en contra de protocolos internacionales. A nosotros nos parece que dejar en una ley, una edad determinada, quita esa flexibilidad

que debemos tener, ahora vamos a observar o nos van a comentar probablemente algunos estudios recientes que indican otras acciones de otras propuestas de edad, el dejar atada la edad de un tema específico normativo legal y no a una ruta, a una ruta de atención con unas determinantes específicas y con unas evidencias que cambian en el Tempac nos parece inconveniente, entonces nos parece que dejarlo como está en la ponencia, nos parece un tema adecuado, la estrategia de tamización debe considerar más bien la evaluación concienzuda de la evidencia de los riesgos y la ruta de promoción y mantenimiento de la salud nos parece que considera el esquema como una mejor evidencia científica disponible y nos permiten en todo momento ajustar la ruta y ajustar las edades, si fuera pertinente según la evidencia que se va presentando en nivel de los años; además nos parece que deja el criterio médico como un factor preponderante y deja la asociación para las otras edades de los riesgos y las condiciones particulares, como el elemento preponderante para el manejo de cada paciente, siguiente.

Dentro de esto, la integralidad es la atención en salud es importante, el objetivo de las rías regularizar y operativizar las condiciones necesarias para asegurar la integralidad, las rutas de atención incluyen actividades y procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento integral, rehabilitación y paliación y oportunidad de los tratamientos, buscan contribuir en el mejoramiento de los resultados de enfermedad y la carga del mejoramiento de los resultados en salud y la carga de la enfermedad son importantes para disminuir la variabilidad injustificada de la atención, mejorar la capacidad de decisión, mejorar los flujos de atención, maximizar el riesgo beneficio, el riesgo beneficio, el costo-beneficio y el objetivo colectivo y en definir los agentes sectoriales e intersectoriales relacionados con las acciones de promoción y prevención; entonces creemos que las rutas son el mecanismo integral y adecuado donde se deben establecer las líneas y las formas como se debe atender la enfermedad, rutas que pueden ajustarse de acuerdo a las evidencias que se vayan presentando, entonces nos parece que este es el procedimiento válido y adecuado y la herramienta para esa atención, siguiente por favor.

La ruta de promoción y prevención está establecida en la Resolución 3280 y establece las estrategias del cumplimiento de la tamización, los indicadores de oportunidad, identifica situaciones, instrumentos que alinean, compartimos la posición del proyecto en el cual requerimos mejoras relacionadas con las flujos de atención en las mujeres de riesgo y con diagnóstico de cáncer de mama; creemos que definitivamente hay que hacer mejoras a estos procedimientos, igualmente que

se requieren mejores instrumentos que alineen la prestación con los individuos y las familias y que aporten una mejor disponibilidad de talento humano capacitado y contar con una mejor capacidad de redes de atención, igualmente que requiere ajustes para el monitoreo y alineamiento en las formas de pago por eso pensamos que las rutas integrales de atención son los instrumentos operativos para poder ajustar cada una de estas condiciones en el tiempo, ya que ahí se han identificado cuáles pueden ser cada uno de los factores de ajuste que se necesita y que son preponderantes por eso, siguiente favor, por eso el desarrollo de una ruta prioritaria para el cáncer, para el cáncer de mama nos parece un tema primordial y muy importante y es uno de los compromisos que estamos de acuerdo con el proyecto de desarrollo temprano, una vez sea proyecto de ley. Pero igualmente, tenemos que trabajar en el control de la calidad el programa de zonal de control de cáncer define la implementación de unos mecanismos creemos y somos conscientes que hoy existen limitantes en ese control y necesitamos hacer una evaluación real de todo lo que se encuentra disponible en el país y cómo podemos hacer para mejorar la calidad de atención, ya tenemos una normatividad establecida de nivel de control a nivel de los entes territoriales y entendemos el papel preponderante del Instituto Nacional de Cancerología y de las sociedades científicas en este papel y en esta revisión y por eso también estamos de acuerdo en estos puntos de los artículos que considera el proyecto, porque el país definitivamente requiere un programa de control de calidad para el cáncer de mama más sólido y más fuerte, siguiente por favor.

Ya lo mencionó el Superintendente, tenemos dos artículos en los cuales se mencionan el papel de la Superintendencia, creemos que ya hay una normatividad suficiente y que no sería necesario replicar mediante una nueva ley pero pues eso lo dejamos a posición y a criterio de la célula legislativa, pero consideramos que ya hay un marco normativo suficiente a este respecto y también creo que los aportes del Superintendente son muy importantes; en conclusión nosotros, el gobierno nacional de parte del Ministerio considera pertinente el proyecto, nos parece que los temas que se han trabajado son válidos, nos ratificamos que en este momento la edad de los 50 años es la edad válida acompañado de factores de riesgo y criterio médico, creemos que las rutas integral y la ruta de cáncer de mama puede ser el instrumento adecuado donde se puedan trasladar todas las mejoras y todas las acciones necesarias para que este proyecto además llegue a una operatividad y logre un objetivo, tanto en calidad como oportunidad, como en tamizaje. Adicionalmente, creemos que estas rutas permiten la flexibilidad para ir ajustándonos a

las evidencias científicas que se vayan presentando en este momento, entonces consideramos que ese es el instrumento y el vehículo idóneo para hacerlo y como quedó proyectado en el articulado, compartimos estos apartes, muchas gracias.

Vicepresidente, honorable Senador Carlos Fernando Motoa Solarte:

Gracias Viceministro.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias Viceministro por acompañarnos esta mañana y por su intervención; secretario le pido que por favor nos colabore con los demás invitados, ya que yo no tengo el listado aquí a la mano.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ya le tomo una foto y se lo envío, porque se lo había enviado al Presidente Ritter, pero no se lo envié a usted; sigue en el Orden del Día señora Presidenta, el doctor Juan Puentes, Asesor Delegado por el señor Ministro de Hacienda, que está conectado en plataforma, el doctor Juan Puentes.

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Hola sí.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Doctor Juan, tiene el uso de la palabra, bienvenido a esta Comisión.

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Gracias y buenos días, gracias por invitar. Dentro del proyecto de verdad que celebramos que se hayan acogido los comentarios que hicimos todas las instituciones respecto al mismo, nos acogemos sobre todo a lo que dijo el Vice Moscoso y digamos que a pesar de eso, a mí me quedan algunas dudas en cuanto a la progresividad de la aplicación de la ruta; primero, dentro del proyecto creo que es el artículo 5°, se entiende que estos nuevos o pues que está inducción a la demanda que habría por nuevos servicios y tecnologías sería a cargo de la ruta de promoción y mantenimiento, esa ruta fue aprobada en 2019 mediante la UPC y pues no sé porque no conozco y no sé si está el Vice Moscoso todavía, si exista ya un costeo sobre esta posible inducción a la demanda que vamos a tener por estos servicios y tecnologías.

Esa vez el aumento de la UPC fue 536 y pues digamos que tendrían que considerar para la negociación del aumento de la UPC de este año y la de años posteriores pues las inclusiones que están, que digamos que están promoviendo esta ley; entonces en ese sentido el proyecto solicita que se establezca la ruta, pero pues también debería solicitar que se establezca el costeo, es muy importante que se establezca el costeo. Además el proyecto ordena que la ruta se establezca en seis meses y pues ya el Vice Moscoso dirá si el Ministerio está en la capacidad de hacer eso en ese período, incluyendo el costeo, en nuestra experiencia esto se tarda más, en especial porque nosotros al menos lo contratamos con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y pues todos los trámites administrativos más el costeo, normalmente se demoran más de seis meses, el costeo solo se demora seis meses y ya de resto nos acogemos completamente a lo que dijo el Vice Moscoso, estamos pues de acuerdo en su perspectiva de salud pública pero considerar por favor ese tema de tiempos y de recursos y de negociaciones futuras de la UPC porque vamos a presionar la ruta hacia arriba y eso sería todo.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Senadora.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Vice tiene el uso de la palabra.

Viceministro de Salud y la Protección Social, doctor Luis Moscoso:

Con respecto a la pregunta del Ministerio de Hacienda, sí, nosotros ya en el 2018 se hizo, se realizó el costeo correspondiente y nos encontramos en capacidad de expedir la ruta previo consenso y revisión en los seis meses que establece el proyecto.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias Vice por su aclaración; continuamos con, secretario me confirma, veo que no hay delegación por parte del Ministerio de Educación, entonces seguiría por parte del Instituto Nacional de Cancerología, el doctor Franklin Roosevelt Vargas.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Es correcto señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Doctor Franklin tiene el uso de la palabra.

Delegado Instituto Nacional de Cancerología, doctor Franklin Roosevelt Vargas Morán:

Buenos días Presidenta, muy amable, reciban un cordial saludo de parte de nuestra directora, la doctora Carolina Wiesner Ceballos, en el día de hoy me ha delegado para socializar nuestra posición respecto a esta iniciativa, pues queremos indicar que el Viceministro de Salud hizo una excelente presentación sobre la situación actual de cáncer en Colombia la cual respaldamos y queremos manifestar que como referentes en el control integral del cáncer en Colombia nos alegra el desarrollo de este tipo de proyectos, que vemos como una oportunidad para seguir avanzando nuestra misión y acorde a la posición del Ministerio de Salud respaldamos la estructura del articulado aprobado en el tercer debate, especialmente lo estipulado en los artículos 6° y 7° que se refieren a la complementariedad de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, con el propósito de mejorar las acciones de detección temprana y control de calidad en la tamización del cáncer de mama. Estaremos prestos a cualquier soporte técnico que nos sea solicitado y agradecemos mucho la invitación y cuenten con nosotros.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctor Franklin; tiene el uso de la palabra siguiendo con el orden de invitados por parte de la Asociación Colombiana de Radiología, el doctor Jairo Patiño.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

Muy buenos días me permiten compartir pantalla por favor ¿están viendo mi pantalla?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

todavía no doctor Patiño.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

no entiendo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

dele F5 mi doctor.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

F5.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

F5 y compartir y F5.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

No entiendo por qué, no voy a darle compartir y vuelvo a intentar, no sé por qué no me funciona.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

De pronto porque no ha seleccionado el documento que quiere compartir, doctor.

Asesor Asociación Colombiana de Radiología:

Doctor buenos días, si gusta desde aquí desde la Asociación Colombiana de Radiología podemos mostrar la presentación doctor, si tuviera algún inconveniente.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

Perfecto, ¿me hacen el favor? Por favor si fuera posible que la cuenta CR virtual que es de la Asociación Colombiana de Radiología tenga la orden de compartir, muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta, mientras se activa compartir pantalla para el doctor Jairo Patiño, Jairo Hernando Patiño, queda constancia en el acta que, si se invitó a la señora Presidenta en la Liga Colombiana contra el Cáncer y no hay excusa, ni delegación; de igual manera se invitó a la doctora Adriana María Garzón, Presidente la Fundación Simón quien mediante mensajes de vía chat por WhatsApp manifestó no poder asistir, pero no hay delegación.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias secretario por la aclaración; doctor Patiño puede hacer uso de la palabra.

Delegado Asociación Colombiana de Radiología, doctor Jairo Hernando Patiño Pacheco:

Muchas gracias; primero en el primer lugar en nombre de la Asociación Colombiana de Radiología quiero, queremos agradecerles este espacio que nos brindan para plasmar nuestras opiniones de este proyecto de ley que consideramos de trascendental importancia para la salud de las mujeres

colombianas. Yo soy médico radiólogo, trabajo en la ciudad de Medellín y estoy dedicada a la mama de tiempo completo desde hace muchísimos años.

Me permiten una breve presentación de lo que es la Asociación Colombiana de Radiología en salud, de 75 años de existencia, fue fundada en 1945, actualmente contamos con más de 1.400 médicos asociados y una base de datos actualizada 1.800 radiólogos en Colombia, 3.000 tecnólogos y 25 medios físicos médicos dedicados a las imágenes de diagnóstico, a través de la Ley 657 del 2001 somos el Organismo Asesor consultor y el control del ejercicio de la radiología imágenes diagnóstica en Colombia. Ya ustedes han hablado, han oído suficientemente acerca de la importancia del cáncer de mama en Colombia, es el primer cáncer en las mujeres colombianas y el segundo en mortalidad, en estas diapositivas lo que queremos plasmar es que estos son los registros nacionales; la primera es la cuenta de alto costo y lo dejamos hasta el 2018 para poderlos comparar con un globo con las cifras del Goblocan, para el 2018 se reportaron una tasa de incidencia de 18.6% x100.000 y una tasa de mortalidad para (...) el 2019; han aumentado hoy, en día reportó una incidencia alrededor de 24 por 100.000 y una mortalidad alrededor de 12 por 100.000; el Instituto Nacional de Salud reporta en el periodo epidemiológico 11 del 2019 una incidencia de 4.500 casos pero reporta que en el grupo poblacional menor de 50 años, la incidencia es cercana al 30%, la mayoría de los reportes independientemente donde se tomen reporta una incidencia que auxilia entre el 25 al 33% de incidencia en el grupo poblacional menor de 50 años y el otro 25, 30% está en el grupo poblacional mayor de 69 años, que son precisamente las poblaciones que no se incluyen para optimizar acuerdo a la normativa colombiana que dice que debemos tamizar para mujeres de 50 y 50 a 69 años, quería hacer caer en cuenta sobre ese aspecto, de las mujeres colombianas, el 60% de las que le da cáncer de mama es un grupo poblacional no están sujetos en la norma colombiana a la tamización.

En la siguiente diapositiva es el reporte que hace Globocan para el año 2018 y lo que nos permite apreciar que en las cifras colombianas existe un subregistro muy importante; entonces miren que aquí estamos hablando de 13.348 casos de cáncer de mama nuevos diagnosticados con una incidencia de 53x100.000, muy diferente a la cifra que reportan las otras organizaciones y reporta una tasa de mortalidad de 14.7% por 100.000, a diferencia los países desarrollados donde se hacen un verdadero tamisaje poblacional, a pesar de que la incidencia ha venido incrementando la mortalidad ha venido estática estable o disminuyendo; en Colombia esas

dos cifras están en ascenso permanentemente, la siguiente diapositiva.

Este es el número de personas que son atendidas por departamento en Colombia, se muestra un incremento en el número de atenciones de 16.3% año a año del 2015 al 2020; estas atenciones se concentran principalmente en siete departamentos y en Bogotá en los primeros siete departamentos señalados en esa diapositiva, o sea, la problemática es cáncer de mama en Colombia son problemáticas significativas, importantes y no está costando muertes.

La siguiente, la siguiente por favor. Cuando hablamos de detección temprana nos tenemos que referir necesariamente al tamaño tumoral, es uno de los aspectos más importantes del pronóstico de esta enfermedad, en otros factores importante (...) molecular del cáncer, factores hormonales pero el tamaño tumoral es tal vez el más importante, si nosotros detectamos un cáncer de mama cuando se palpa que es alrededor de un centímetro y estoy hablando de la palpación por expertos, no son capaces de palpar cáncer de mama menor de 1 cm excepto mujeres con senos muy pequeños, pero cuando tocamos un tumor de 1 cm el 10% de nuestros pacientes tendrán metástasis axiliares o sea ya estamos hablando de una enfermedad sistémica y si lo detectamos de 5 cm el 50% de las mujeres tendrán metástasis axiliares o sea tendrán muy poquitas posibilidades de sobrevivir; hoy en día sabemos a través de conocer la historia natural de la enfermedad que existe un estadio clínico de la enfermedad, un estadio en donde no sea ha expresado clínicamente, en donde la enfermedad no se ha podido palpar, en ese estadio es donde la cura es posible y dónde podemos intervenir. En los debates pasados oímos decir que la mamografía en mujeres menores de 50 años infringía 8 de los 10 postulados del tamizaje, no estuvimos en ese debate y por lo tanto no sabemos cuáles fueron los argumentos que allí se tuvieron en cuenta, pero les traje estas 2 diapositivas para mostrarles que la mamografía de tamizaje a partir de los 40 años cumple con esos diez postulados del tamizaje, la enfermedad debe tener incidencia debe ser importante una población determinada y ya sabemos qué tan importante es el cáncer de mama en nuestra población; que existe un tratamiento efectivo, sabemos que existen tratamientos efectivos que sean disponibles tenemos diagnóstico, el recurso diagnóstico y de recursos para tratar esa enfermedad ampliamente en nuestra población, que esa enfermedad tenga una etapa asintomática, una etapa temprana que sea diagnosticable, sabemos que el cáncer de mama puede estar en la mamá hasta 2 años antes de que sea evidente clínicamente y lo podemos reconocer a través de la mamografía, que exista un

examen adecuado en cuanto capacidad diagnóstica, estamos hablando de sensibilidad y especificidad y la mamografía es ese examen, que la prueba sea aceptable o sea que sea riesgo efectiva, que tenga, que sea bajo de bajo riesgo y que por lo tanto pueda ser aceptable para la población y la mamografía es tal vez de las pruebas más inequívocas que existen como se lo voy a mostrar más adelante, que les conozcamos la historia natural de la enfermedad lógicamente, en fin, cumple con todos los postulados para hacer un adecuado tamizaje; entonces no sabemos de dónde salió que no cumplía con 8 de los 10 postulados.

Los beneficios de la mamografía es, no existe hoy por hoy ninguna prueba de tamización para cáncer de mama diferente a la mamografía, la única prueba aceptada para hacer tamizaje de cáncer de mama es la mamografía, las otras pruebas son coadyuvantes de la mamografía, la ecografía, la resonancia son coadyuvantes de la mamografía, en la única tecnología que se está, que algunas organizaciones acepta para hacer tamizaje es mujeres de alto riesgo solamente mujeres de alto riesgo es la resonancia magnética de resto y tamizajes se hace solo con mamografía para mujeres con cáncer de mama, ya sea con riesgo promedio o alto riesgo, además la mamografía además de reducir la mortalidad porque la eficacia el tamizaje mamográficos se mide solamente por la reducción en la mortalidad, además tiene otros beneficios, reduce la morbilidad, reduce en los tratamientos agresivos y mejore la calidad de vida, la siguiente;

Debo hacer esta es por delante les mostraré qué es lo que estamos haciendo en Colombia la mamografía se divide en 2 grandes grupos: la mamografía diagnóstica que es la que se le hace a las mujeres que consultan por un síntoma una masa palpable secreción por el pezón una retracción etc., eso se llama mamografía diagnóstica; es distinta a la mamografía de tamizaje, la mamografía de tamizaje es la que se le hace a una población asintomática para detectar la enfermedad en estadios tempranos y ese tamizaje se divide en dos grupos: el tamizaje de oportunidad que es lo que hacemos en Colombia, el tamizaje de oportunidades cuando esté la paciente va al consultorio y el médico tratante le indica una mamografía, a pesar de que este asintomática de sus senos, eso es lo que hacemos en Colombia. El tamizaje poblacional no se hace en Colombia, creo que este proyecto de ley preferiría que se hiciese en el artículo 6° del articulado original, esa posibilidad se restó ya no se incluyen el artículo 5° actual, ya no podemos, ya no se incluye la posibilidad de ser tamizaje poblacional, tamizaje poblacional es el que se hace a una población asintomática por utilización y que se selecciona por grupos etarios, independiente que lo hagamos a partir de los 40 o

los 50, en Colombia no existe tamizaje poblacional, la siguiente.

Vamos y eso y lo vamos a mirar por las cifras que les voy a mostrar; esta cifra que están viendo ustedes del 2015 al 2020, van ceros mamografía bilateral, son los códigos (Q) con los cuales se ordena la mamografía en Colombia hemos hecho, pero en el 2015, 357 mamografías, 57.000 mamografías, en el 2020 470.000 mamografías, eso implica que hemos atendido aproximadamente el 6% de la población mayor de 40 años, solamente el 6% de la población mayor de 40 años pues tiene un aumento año del 8.7%, la siguiente.

En esta proyección de población de mujeres mayor de 40 años que para el 2020 calculamos en 9.500.000 y para el 2024 en 10.253.000, esa sería si continuamos con la tendencia, las mamografías que le haríamos a esa población o sea solamente el 6% de la población susceptible de tamizar estaría siendo atendida con mamografías, pero más grave si miramos los registros con los cuales se solicitan esas mamografías, encontramos que solamente el 5.9% de esos procedimientos tuvieron como finalidad la detección temprana o sea la tamización y el 84.6% se les pidió mamografía por síntomas clínicos o sea, fue de mamografía diagnóstico; con eso podemos concluir que en Colombia no estamos haciendo tamizaje con mamografía, podemos decir que hacemos un tamizaje de oportunidad pero nos cuestionamos por esas cifras incluso, a estos pacientes los atendemos en 792 mamógrafos que existen en el país con esa distribución, el 80% está en los 12 departamentos principales, la siguiente.

Hicimos un cálculo de cuántos mamógrafos requeriríamos para poder atender el 100% de la población colombiana y se requerían 1408 mamógrafos, hoy en día tenemos 792, nos faltaría 616 con esas necesidades que tenemos ahí plasmadas en ese cuadro, hay departamentos que no tienen mamógrafos, hay otros que tienen exceso de mamógrafos y con la tecnología existente hoy en día, la siguiente diapositiva, podríamos atender el 50% de la población colombiana; esos límites de, límites inferiores de tamizaje lo definen los países ¿cierto? el Ministro, el Viceministro planteaba que estamos infligiendo protocolos internacionales si hiciéramos mamografía por debajo de los 50 años, pero quiero recordarles que en muchas organizaciones y muchos países tamizan sus mujeres a partir de los 40 años y no están infligiendo protocolos internacionales, solamente son recomendaciones internacionales como los de los de la OMS, la OMS nunca ha dicho que no se puede ser tamizaje poblacional en mujeres menores de 50 años, lo que dice es que hay que optimizar los recursos y que si se hace tamizaje poblacional en mujeres menores

de 50 años, debería ser enmarcado, debería hacerse por problemas de salud robustos y en países que tuvieran recursos suficientes, enmarcados en programas de investigación para poder conocer la historia de esa enfermedad en ese país, la siguiente.

Entonces la discusión si la tamizada de mama, del tamizaje con mamografía en mujeres mayores de 50 o menores de 50 años es eficaz está superado, esta es una revisión de la literatura que hizo la Organización Colombiana de Radiología independiente de cualquier estudio del tipo estudio que analicemos existe una evidencia franca del beneficio de la mamografía del tamizaje para reducir la mortalidad en mujeres menores de 50 años, existen otros argumentos, la siguiente, de que es que en ese grupo etareo la mamografía tiene más riesgos, que es más peligrosa, la siguiente diapositiva: se ha dicho que la mamografía, este cuadro lo tenemos el doctor Sebastián seguramente va a hablar más de él, por eso se ha dicho que la mamografía tiene muchos riesgos especialmente en ese grupo etareo de 40 a 49 años, este artículo precisamente fue elaborado para contrarrestar la opinión de las tasas de los Estados Unidos, cuando dijo que la mamografía no servía en el grupo poblacional y miren los riesgos a los que sometemos a las mujeres cuando le hacemos mamografía de tamizaje en el grupo de mayor riesgo, 40-49; una mamografía falsa positiva se requieren 10 años de tamizaje para que ocurra uno de esos eventos, una imagen adicional a eso se refiere cuando llamamos a las pacientes para hacerles una prueba adicional, se supone que genera mucho estrés y que por lo tanto es un efecto adverso, pero se requieren 11.9 años de tamización para que ocurra ese evento, 149 años de tamizaje para que ocurra una biopsia falsa positiva, 1.000 años de tamizaje para que ocurra un falso negativo, 76.000 y la 97.000 años de tamizaje para que ocurra una muerte inducida por la radiación del tamizaje mamográfico, la siguiente.

Mirado desde otra perspectiva la Asociación Colombiana de Radiología, cree, considera que el tamizaje debería ser de los 40 hasta que las mujeres tengan una expectativa de vida cercana a los 7 años, como lo recomienda la Asociación Americana de Radiología, pero si en ese grupo poblacional nosotros tamizáramos pacientes entre 40 años y 74 años podríamos por cien mil mujeres tamizadas tener 16 muertes por cáncer de mama, en ese mismo grupo salvaríamos 968 mujeres de morir por cáncer de mama haciendo diagnóstico temprano, la siguiente. Hay un gran miedo a la radiación pero es que nosotros vivimos en un mundo que nos irradia constantemente, la radiación ambiental anual es de 3msv a la que todos estamos sometidos, hay sitios en el mundo que tienen mayores niveles de radiación y otros menores, pero

en promedio todos estamos sujetos a una radiación ambiental; la mamografía tiene 2msv de radiación, mejor dicho, si comparamos la radiación que hoy en día le hacemos a los pacientes con tomografía de tórax porque tienen covid-19, les damos 10msv de radiación eso equivale a 50 años de tamizaje mamográfico, la siguiente.

Estoy tratando de..., existe el riesgo teórico de la radiación pero es un riesgo teórico que solamente con estudios de simulación se podría demostrar, desde otra perspectiva en ese mismo grupo poblacional de 40 a 74 años en cien mil mujeres tamizadas, podrían morir podríamos perder 136 años de vida mujer, pero salvaríamos 10.600 o 70 años de vida mujer con el tamizaje mamográfico, o sea que, el beneficio supera ampliamente el riesgo de que la mamografía pueda producir una muerte por cáncer de mama. En el artículo 7° se suprimió, se suprimieron el Organismo Nacional de Acreditación y específicamente se suprimió la participación de manera específica, perdónenme la resonancia, de la Asociación Colombiana de Radiología, pues al suprimir a la Asociación Colombiana de la Radiología se perdió la oportunidad de tener en esa, de tener una organización con el potencial de facilitar el proceso de garantía de calidad en todas las esferas del proceso; nosotros conocemos de la tecnología, participamos en su generación, conocemos de la radiación, conocemos de la protección radiológica, la siguiente; tenemos vinculado en nuestra sesión el recurso humano, el médico radiólogo acuérdesse que es el único autorizado por ley para ejercer la especialidad de la radiología, es el único que puede interpretar las imágenes mamarias, por ley y está inmerso dentro de nuestra Asociación, tenemos un problema de recertificación, tal vez el único del país que tiene más del 60% de sus miembros recertificados, el grupo nuestro tenemos un grupo científico conformado de hace más de cuatro años, dentro de ese grupo científico la mamá hay una comisión de calidad que viene trabajando intensamente en este tema, acaba de generar su manual de calidad y realizamos actividades académicas muy amplias como lo mostramos en estas diapositivas rápidamente, solamente para mostrar lo que hacemos en actividades académicas anuales, estas son las del año 2020, 392 conferencistas, 435 conferencias, 250 horas de educación continua para los médicos y todo el personal de salud vinculado, la siguiente.

Los tecnólogos participan dentro de la Organización, hoy en día hacemos cursos de capacitación de tecnólogos específicamente en el área de calidad de la mamografía tenemos y estamos elaborando las competencias para la realización de la mamografías conjuntamente con el Sena, tenemos actividades virtuales dirigidas

a los médicos tratantes y tenemos convenios de cooperación con los físicos médicos, la siguiente; estamos haciendo con nuestro Comité de Calidad el Censo Nacional de los equipos de mamografía en mesas de trabajo que hemos conformado con el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Protección Social y estamos valorando el estado actual de los procesos de calidad en el país.

Entonces para terminar estas dos últimas diapositivas: el cáncer de mama, insistimos en el tamizaje del cáncer de mama a partir de los 40, el cáncer de mama en mujeres jóvenes es más agresivo, la densidad de la mamá interfiere con el diagnóstico, de allí la importancia de realizar el tamizaje con intervalos anuales, la evidencia sugiere que es el esquema más efectivo para reducir la mortalidad y el más costo efectivo, existen nuevas tecnologías como la mamografía digital, la tomosíntesis etcétera, que mejoran la detección especialmente en este grupo de mujeres. Si establecemos este proyecto permitiría hacer tamizajes de población, de tamizajes poblacionales en las mujeres colombianas a partir de los 40 años si es aprobada, pero insisto, si es a partir de los 40 mejor, si es a partir de los 50 también, pero que sea tamizaje poblacional, dejemos de hacer tamizaje de oportunidad que ya les mostré cuáles son las cifras y la poca cobertura que tenemos, implementar un sistema de violencia epidemiológica que permita conocer el estado de la enfermedad, tener registro de todas las pacientes con cáncer de mama, un sistema único y permanentemente actualizado, hoy las cifras que tenemos no son concordantes, no son oportunas y hay un gran, un gran subregistro; no tenemos investigación epidemiológica en cáncer, mejor dicho, lo que tenemos es muy poco, deberíamos a través de este proyecto de ley favorecer la investigación sobre el cáncer de mama en Colombia, evaluar la efectividad lógicamente en los problemas de tamizaje de 40 a 49 años dentro de esos programas de investigación, como es lo que recomienda la OMS, diseñar estudios nacionales de costo efectividad respecto a la mamografía de tamizaje, no pueden ser extrapolar estos estudios y en Colombia no existen estudios de costo efectividad o son muy pobres y muy pocos. Y, por último, contar con un sistema de calidad nacional que posibilite un programa de tamizaje mamográfico, sin este programa de calidad pues la mamografía de tamizaje no sería aplicable; muchísimas gracias, les agradezco muchísimo esta oportunidad.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctor Patiño por su intervención, vamos a continuar con el orden de los intervinientes, tiene el uso de la palabra la Directora de la Fundación

Senosama, la doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala.

Directora Fundación Senosama, doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala:

Doctora Nadya muchas gracias, un saludo cordial a todos los senadores que conforman esta Comisión Séptima y a todas las personas que han participado en las diferentes intervenciones, gracias por permitirnos a la sociedad civil hacer parte de esta discusión, en esta etapa del proyecto; les voy a pedir que por favor me permitan compartir pantalla, me confirma por favor si ya la están viendo.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Ya la estamos viendo doctora.

Directora Fundación Senosama, doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala:

Okey, bueno les cuento yo soy médico de profesión, trabajé en una EPS, trabajé en una IPS, fui de la Secretaría de Salud de Bucaramanga, Secretaría de Salud de Santander, mi esposo es cirujano oncólogo y en el 2017 fui diagnosticada con cáncer de mama; entonces les cuento esto para decirles que he navegado por todo el Sistema, que Dios me dio la oportunidad de estar en una silla de quimioterapia y ver la realidad del paciente con cáncer en carne propia y por eso desde el 2017 venimos trabajando en la Fundación Senosama y hoy pues yo les voy a hablar en nombre de todas estas mujeres que hoy están pasando por el cáncer de mama, algunas de ellas ya perdieron la vida, esta es una foto del año pasado y solamente voy a retomar algunos aspectos muy importantes que ya mencionó el doctor Moscoso y que lo han mencionado, pero que desde el punto de vista de un médico, de un médico que atiende todos los días pacientes con cáncer de mama son muy importantes y es que nosotros tenemos que evaluar nuestro Sistema de Salud y lo que hoy día tenemos que es un avance importante si se le compara con el resto de los países de la región y es esta tasa de mortalidad, nos seguimos muriendo y la línea va en incremento, esto no ha cambiado; ahora otra cosa que tenemos que hacer y que ojalá pues en los proyectos de ley que vienen en el futuro empecemos a medir también la tasa de carga de enfermedad y es tener en cuenta no solamente las muertes sino también el tiempo perdido por discapacidad y otros resultados que son muy importantes en salud, esto, que es cuando a uno le dicen y yo soy gerente de servicio de salud, usted cómo evalúa la efectividad global de un sistema de salud para entregar atención a los pacientes por cáncer, el indicador gold estándar es la tasa neta de sobrevida a 5 años y miren este,

esta ubicación de Colombia tan mala, tan mala, estamos en el último lugar, tenemos la peor tasa neta de sobrevivencia y estos son datos publicados en el 2020 en una revista que tiene la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, que es una organización que miran todos los organismos como la OMS y la OPS, entonces algo está mal, no estamos haciendo las cosas como deberían ser, cuando dos de los resultados más importantes por los cuales trabajamos en salud no se están dando, esto ya lo hemos mencionado y yo quisiera insistir que es una pérdida muy grande para el proyecto de ley y es el tema de las mamografías, del tamizaje por mamografía pero de ese tamizaje poblacional y yo aquí quiero preguntarle al Ministerio de Hacienda y es que, cuando se hizo la ficha técnica para incluir dentro de la ruta de atención y dentro de los programas de atención para la salud y prevención de la enfermedad la mamografía, se tuvo en cuenta, se proyectó que el 70% de las mujeres mayores de 50 años entre 50 y 69 años, iban a ser tamizadas, poblacionalmente así lo dice la norma, y tan solo y eso son cifras que están publicadas en Sispro el 24.3% han logrado tener una mamografía, pero ya lo decía el doctor Patiño que esas cifras no concuerdan con otros datos que tiene la (...), entonces si la ficha técnica de la UPC incluía el 70% de la población que era la meta y solamente estamos en el 24.3%, dónde está ese dinero ahorrado, porque es que cuando estamos hablando de que la tamización la vamos a pasar como es nuestra, nuestro querer a una edad más temprana de los 50 años, aparece el tema económico, pero el tema económico solamente mirando en que cuánto le cuesta más al país hacer más mamografías, pero no el tema económico de cuánto se ahorra el Sistema de Salud cuando una mujer llega en un estadio temprano que cuesta tratarlo muchísimo menos que un cáncer avanzado, si estamos hablando que un cáncer in situ se puede tratar con 12 millones de pesos, pero cuando el cáncer de mama está avanzado requerimos hasta 400 millones de pesos para tratar esa paciente; entonces tendríamos que ver los dos indicadores e insisto con Ministerio de Hacienda, cuál es el seguimiento que hace a la ejecución de la ficha técnica con la cual se levantan estos indicadores económicos y estos son 22 indicadores, tenemos en Colombia para medir la efectividad de la atención y el tratamiento del cáncer de mama; de esos 22 indicadores, la gran mayoría están en rojo y ustedes ven aquí y hacemos un comparativo 2018-2019-2020 donde esas metas que nos propusimos tanto en el Plan Decenal de Cáncer que ya tenemos que hacer nuevo Plan Decenal de Cáncer y no hemos cumplido las metas que nos trazamos en cáncer de mama, pues tiene que decirnos algo y especialmente de estos indicadores el de oportunidad. No es posible que nosotros estemos invirtiendo hasta 6 meses después de hacer, de tener los síntomas para

tener un tratamiento y lo más triste para nosotros como pacientes, como organizaciones de pacientes es ver la enorme diferencia que hay todavía entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo; nosotros decimos desde el Movimiento Rosa, que tu tratamiento no lo defina tu tipo de aseguramiento, pero eso en Colombia no está pasando, una mujer que tiene la posibilidad de tener una medicina prepagada se puede estar atendiendo a los 30 días, pero si esa señora es del Régimen Subsidiado y si peor aún vive en una zona rural puede tardar seis meses en acceder a una consulta con médico especialista, esas son las cosas que debemos trabajar y que debemos lograr que este proyecto de ley cambie y lo decía el señor Viceministro cuando hablaba de rutas integrales de atención y más adelante quiero hablar un poco de las rutas integrales de atención, pero permítame mostrarle estas imágenes que son muy fuertes, les advierto sobre estas imágenes con todo el cariño se las voy a presentar porque no son casos sacados de ninguna revista, son casos de pacientes Senosama, son casos que han ocurrido en el año 2020 2021 y esto es lo que cambia las cifras, esto es lo que nosotros vemos, así es como están llegando nuestras pacientes, con estos cánceres terriblemente avanzados, miren estas imágenes que les digo con mucho cariño, pacientes a nuestras que llegan en estas condiciones para ser intervenidas y este es el día a día de la Fundación Senosama, esos son los casos que a nosotros nos mueve la silla y que yo le dije al doctor Óscar Villamizar, doctor Óscar Villamizar no todo es color de rosa, mire esta es la realidad y estas son mujeres de Santander que tiene que, mujeres jóvenes como esta que llegan con un estado muy avanzado de cáncer de mama, lo que quiere decir que todo lo que hemos hecho, que ha sido mucho, que estos grandes esfuerzos del gobierno porque la verdad que sí, hemos hecho cosas tenemos normatividad, pero la normatividad está en el papel no se cumple, entonces qué bueno el Superintendente que está muy conmovido con este tema, que lo conoce que lo vivió en su casa, que sabe que el cáncer de mama no solamente afecta al paciente sino a todo su contexto familiar y que para nosotros es muy importante, sobre todo mujeres que tenemos hijos, que la sobrevivencia sea más alta. Cuando un paciente llega con estos estados tan avanzados, la posibilidad de estar vivo a los 5 años es del 30% pero si llegan como fue mi caso y un estadio temprano, pues mi probabilidad de estar viva en 5 años después del diagnóstico es alrededor del 98%, entonces esos son los casos, esto es la cifra, la cifra se traducen en estas imágenes tan fuertes que la vivimos a diario, la vivimos en Senosama, imágenes muy muy fuertes, situaciones, casos detrás de estas señoras hay un hijo, hay una familia que dependen económicamente algunos de ellos.

Entonces, yo quiero nuevamente resaltar sobre la importancia de la Ruta Integral de Atención, pero lo que pasa con la Ruta Integral de Atención que tenemos actualmente es que se convirtió en un algoritmo, en unos pasos, en unos hitos, en un flujograma de atención pero en ninguna parte de la ruta dice, cuáles son los tiempos máximos de espera que están permitidos y que nos permita a nosotros como organizaciones de pacientes y a un paciente, saber en qué momento me tengo que preocupar, pero es que no dice cuánto tiempo debe pasar entre un hito y otro, dice el paso a paso, eso es una de las cosas que nos queremos rescatar y pedirles honorables senadores, que hagan eso, que le pidan al Ministerio que ajuste las rutas, hemos avanzado pero las rutas no tienen tiempos, mientras no tengan tiempo las EPS que tienen unas rutas preferente de atención en cáncer, pues se toman todo el tiempo y vemos los indicadores y nada pasa y siguen midiendo los indicadores las cuentas de alto costo que además pues no coincide con lo que llevamos nosotros en nuestro día a día con los pacientes, entonces ahí necesitamos hacer un cambio, es imperativo que la ruta determine tiempos y cómo quedó el articulado en el documento que ustedes tienen para aprobación habla de los 6 meses que se toma el Ministerio para definir la ruta, pero también dice que en un plazo no mayor de 2 años posterior a la promulgación de la ley para que las EAPB, IPS y ESES lo adopten, lo implemente, realmente es un tiempo muy largo; el cáncer de mama como ustedes han visto va en aumento, la incidencia es más alta, vamos a tener más casos de cáncer de mama si nos comparamos con el resto de países desarrollados porque además es una resultante de la modernización, entonces quisiera también pedirles que consideren tener en cuenta esto.

Y también pedirles que se defina desde el punto de vista normativo cada cuánto se actualizan las guías de atención; tenemos una guía de atención del cáncer elaborada en el 2013 con literatura científica tomada para ese estudio de 1999-2000 y tiene una actualización del 2017, es la última versión, entonces cada cuánto vamos a esperar los pacientes que exista una guía actualizada cada cuánto vamos a esperar sobre todo porque existen, las nuevas tecnologías, nuevos tratamientos, nuevas moléculas que nos generan mejor calidad de vida. En otro aspecto muy importante para nosotros como organizaciones de pacientes y para quienes estuvimos y participamos en la elaboración de este importante proyecto de ley, era poder lograr que Colombia tuviera un Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mama; en los argumentos del Ministerio ha dicho, no, pero es que tenemos una política, es que tenemos una cantidad de normas y claro que sí tenemos esto, pero es que hay una diferencia conceptual entre tener una

política, en tener un Plan Nacional de Cáncer y tener un programa específico de cáncer de mama, un programa nos da la oportunidad de definir unas tareas específicas, por un responsable y con unas metas, un programa nos da la posibilidad de incluir toda la atención del cáncer y traje esta gráfica que es de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud donde dice que los programas de prevención siempre se refieren a la importancia de lo que ha funcionado en otros países y es tener en un Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mama o un Programa Nacional de Cáncer de Mama, creo que Colombia merece tener un programa, ya hemos avanzado en muchas cosas, entonces insistir en que una cosa es la política y otra cosa es el programa; la política son orientaciones rectoras como lo ha dicho el Ministerio pero un programa es una serie ordenada de actividades necesarias para el logro de sus objetivos y metas propuestas, cuando nos eliminan la posibilidad de tener un Programa nacional de Cáncer, bueno sentimos que hemos perdido parte del corazón de este proyecto, que si bien estamos de acuerdo en que el punto importante sería la ruta integral de atención y la grilla y las guías como una herramienta del programa nacional de cáncer.

Como decía, los pacientes tenemos derecho a conocer todas las opciones y alternativas de tratamientos que existen para el cáncer de mama, incluidos los tratamientos innovadores y las nuevas tecnologías; desafortunadamente si eso no queda en una norma, no hay manera de las EAPB nos ayuden, en que generen unas autorizaciones más rápido, en que tengamos que seguir acudiendo a la tutela para poder tener acceso a tecnologías disponibles en el país pero que se generan trabas administrativas, barreras que existen aún demoras y eso depende de tipo de Eps, no todas las Eps, hay Eps muy buenas, pero hay otras Eps que nos ponen mil trabas y en esas trabas nos vamos demorando nos vamos demorando y hace que lleguen las pacientes en el estadio que le mostré las fotos, porque se cansan de seguir insistiendo porque ahora es mucho más difícil en pandemia las oficinas están cerradas, en pedir una cita virtualmente no es tan fácil como parece, sobre todo para personas que no tienen los medios para comunicarse.

Los pacientes requerimos garantía de prestación de servicio para el tratamiento oportuno, integral, lo dicen las normas, lo dicen las leyes, pero no se cumplen; entonces aquí sí queremos a una Superintendencia que haga, de Superintendencia dice quiero cambiar la palabra “garantía” por “velar”, yo no tengo todavía muy claro cuál es la diferencia pero nosotros necesitamos un organismo que realmente haga que todos los responsables como son las EAPB, las entidades territoriales cumplan y

que cumplan en la medida en que los indicadores se mueven pero es que los indicadores no se están moviendo, entonces no estamos haciendo las cosas como deberíamos hacerlas.

Por qué no es conveniente la modificación del artículo 7° dada las actuales circunstancias en las que se practique la mamografías en algunas regiones del país como método de diagnóstico, es necesario aumentar los controles de calidad y no me voy a detener, creo que ahorita el doctor Patiño ha enfatizado la importancia de que exista un programa de control de calidad de los mamógrafos y que además existan la posibilidad de tener mamografía en esa Colombia, en la Colombia rural, en la Colombia que nos duele y no podemos olvidarnos, tenemos concentración del recurso especializado en las ciudades capitales, pero esas mujeres también sufren de cáncer de mama, necesitamos llevar equipo de mamografía, hay tecnología disponible respecto a la inconveniencia de modificar el artículo 8°, acoger la proposición de archivos es modificar sustancialmente la totalidad del proyecto y aquí me quiero referir nuevamente a lo que ya expliqué de esas rutas integrales de atención en unos tiempos máximos permitidos, si a mí como paciente recién diagnosticado de cáncer de mama me dicen mire, el paso a paso lo que viene de aquí en adelante de acuerdo a su tipo de cáncer de seno, pues yo tengo qué saber cuánto puedo esperar que mi Eps después de una quimioterapia neoadyuvante me autorice la cirugía; la literatura dice que no debería transcurrir más de 30 días, eso lo dice la literatura médica, pero no lo dice la ruta.

La modificación del artículo 12 pues nosotros decimos y creo que aquí ya el doctor Patiño hizo una muy buena explicación respecto a las edades, que es tal vez el punto de mayor controversia no solamente a nivel de Colombia sino en otros países, pero como también pues existen grupos y países donde han acogido la mamografía antes de los 50 años. Por último, quisiera aquí recordar que ya existe un pronunciamiento de la Corte respecto a la oportunidad que tienen los senadores de poder aprobar proyectos de ley, no necesariamente tienen que estar habilitados por un concepto positivo del Ministerio de Hacienda porque entonces el ejercicio de la función legislativa por parte del Congreso de la República quedaría conferido al Ministerio de Hacienda y crédito público y esa es la Sentencia C-502 del 2007.

Señores senadores de la Comisión Séptima por esas 52.025 personas con cáncer de mama vivas después de 5 años de recibir el diagnóstico, por esas 15.509 mujeres que anualmente tienen un diagnóstico de cáncer de mama y con la intención de poder evitar esas 4.411 muertes, alguna de ellas prevenibles, es que creo que bien vale la pena

disponer de un proyecto de ley que pues me agrada que la mayoría de las personas que han intervenido antes que pudiera intervenir yo lo han dicho, han mostrado que debemos hacer algún cambio y que ojalá pues tengamos en cuenta estas opciones y estas solicitudes que hemos hecho muy respetuosas desde la sociedad civil, de una mujer que ha vivido el cáncer de mama en carne propia y que tiene la misión de hacer que a más mujeres les vaya como me fue a mí; yo tuve la fortuna de tener una muy buena Eps y hacerme un diagnóstico oportuno, de tener un tratamiento oportuno y queremos que todas las mujeres en Colombia puedan tener esa posibilidad, yo siendo médico fui a los 48 años a mi Eps, le dije a la médica mira por qué no me ordenas una mamografía, es que hay algún síntoma, tiene alguna lesión no tengo ninguna lesión, no, no, te la puedo ordenar porque esa parte de los 50 años, bueno yo me hice mi mamografía, la pagué, estaba bien y a los 49 años tengo diagnóstico de cáncer de mama, antes de estar cubierta por el sistema de tamizaje, pero porque tenía la posibilidad y los recursos de pagarme una mamografía, ese no es la constante en muchas mujeres.

Entonces nuevamente agradecerles por permitirnos por escuchar ustedes la voz del paciente y de un paciente que como yo, pues además tengo la fortuna de conocer el Sistema de Salud, de saber cómo piensa el asegurador, de saber cómo piensa el prestador, de saber cómo piensan los entes territoriales y decirles señores senadores que ustedes tienen una enorme responsabilidad y una gran posibilidad vía ley, podemos dar las herramientas a nosotros, las organizaciones de pacientes y los pacientes para asegurar el cumplimiento de todo beneficio, de todas las oportunidades y de todos los derechos que tenemos dentro del Sistema, muchas gracias.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctora Claudia Mercedes por compartir no solo su conocimiento, sino también su testimonio de vida que queremos manifestarle, admiramos y respetamos y que reconocemos el esfuerzo y la valentía de todas las mujeres que han pasado por esa triste enfermedad, gracias por estar con nosotros esta mañana, vamos a continuar con el Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Para rogarle a la doctora Micaela Arrieta y/ o al doctor Jairo Hernando Patiño e igualmente a la doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala, que nos envíen vía correo electrónico, al mismo correo electrónico desde donde les llegó la invitación para hoy, nos envíe las presentaciones que han utilizado en sus intervenciones porque los integrantes de la Comisión Séptima me la están pidiendo y lo más probable que el senador ponente único también me las va a pedir; entonces les ruego por favor no las envíen vía correo electrónico, gracias.

Directora Fundación Senosama, doctora Claudia Mercedes Amaya Ayala:

Claro que sí señor secretario, con mucho gusto.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias secretario; vamos a continuar con la intervención del doctor Sebastián Quintero de la Fundación Salud Querida, doctor Sebastián.

Fundación Salud Querida, doctor Sebastián Quintero:

Presidenta muy buenas, muy buenos días, si me pudieran permitir aquí compartir pantalla, ya la me devuelvo aquí. Me permito presentarme nuevamente, yo soy cirujano oncólogo mastólogo, tengo 11 años ejerciendo esta área de la medicina y otros tantos que alcancé a hacer cuando era cirujano general, además soy fundador de la Fundación Salud Querida, una organización para pacientes de cáncer con quién, con la doctora Claudia también tenemos una relación estrecha de trabajo y pues, afortunadamente ustedes ya alcanzaron a oír esta intervención, sin embargo creo que es importante nuevamente repetirla y para dejar algunos puntos que son muy importantes para el desarrollo futuro de la ley. Ya mis colegas han dado muchos de estos puntos y quisiera pues repetir, creo que muchos, del problema de las leyes que se han enfocado mucho en la parte de los 40, en el tema de la mamografía a partir de los 40 a los 50 años y creo que ya ellos ampliaron mucho en los otros tópicos del por qué es importante la ley, yo lo menciono es que uno no es únicamente una mamografía, es tener un plan de detección temprana es la obligatoriedad para las Eps de ejercer esos sistemas de navegación para pacientes la creación de un registro poblacional, lo decía el doctor Patiño la deficiencia de registro que tenemos tan importante y el subdiagnóstico, fortalecer los programas de promoción y prevención importantísimo el control de la calidad de la mamografía, la obligatoriedad del de modelo atención en salud, lo que decía la doctora Claudia

ahorita, iniciar el tratamiento a los 45 días; lo decíamos y creo que lo hemos mencionado, que personas que son del Régimen Subsidiado pueden pasar hasta más de 180 días desde el momento de la sospecha del diagnóstico, hasta que recibe muestra del diagnóstico, hasta que recibe su primer tratamiento y otro tanto en el momento que hay una sospecha hasta que tiene sus estudios, de una red integral de prestación de servicios y obviamente pues los controles de inspección y mecanismos de vigilancia y de control.

En Colombia, uno de cada cuatro casos de cáncer en la mujer se diagnostica como cáncer de mama, es el primer caso en todos los cánceres en nuestro país, 15.500 nuevos casos al año es el tercero en mortalidad en general, puede ser el primero en mortalidad en las mujeres, 4.411 casos, importantísimo es que el cáncer de mama es uno los cánceres que más sobrevivida tiene, es de los cánceres que pueden tener supervivencia a largo plazo y es importantísimo en las mujeres siempre y cuando tengamos un diagnóstico temprano, como lo puede ser eso y lo sabemos y lo mencionaron también, entre más temprano sea diagnosticado un cáncer, entre más temprano sea ese diagnóstico, es mejor, va a ser esa supervivencia, vemos cómo los estadios tempranos tienen una supervivencia incluso a 10 años cerca del 93% pero si se diagnostican de etapas más avanzadas disminuye casi un 59%, un 52%. Y esto en un escenario ideal como es en Estados Unidos, esto lleva a que los estadios 0 y estadios 1 de la enfermedad tiene una supervivencia a 5 años casi del 100% y baja al 93% un estadio 2 y cuando lo miramos, estas tasas de supervivencia a 5 años, vemos cómo y hacia 2008 el 90% y en general incluyendo diagnósticos de casos avanzados y no, pero para 1975 esa cifra era del 75.2%.

Si vemos Colombia en la actualidad es, nuestra cifra de supervivencia es del 76% eso qué quiere decir estamos casi 40 años atrasados en mecanismos de detección temprana para poder llegar a esa supervivencias que son las que un país debería tener; lo decía la doctora Claudia comparando con los otros países de nuestra región estamos muy por debajo de las tasas de supervivencia neta 5 años, esto de, esto no puede ocurrir en un país como lo es donde tenemos todos los recursos y oportunidades para poder hacerlo. La tendencia de la tasa de mortalidad por tumores en el cáncer de mama en contrario de estar disminuyendo va en aumento, claramente desde el año 2005 y continuará en aumento según las proyecciones que existen hasta el momento por organizaciones como Globocan; si miramos el estudio, un estudio que se llama Concord, esas tasas de supervivencia varían a nivel mundial poniendo en 80% o más los países

desarrollados, el 60% en países ingresos medios, estamos viendo que nosotros estamos en el 75% es lo que uno esperaría en esto, más o menos es lo que nosotros decimos, que nosotros estamos en las estadísticas de un país que es de ingresos medio altos y eso es importantísimo porque muchas de las recomendaciones que mencionaba el doctor Moota anteriormente, aplican, la Organización Mundial las dividen para países de recursos bajos y medios y las otras que son para recursos de medio altos o altos y esas recomendaciones que decía el doctor Moota de a partir de los 50 años son para esos países de ingresos medios o bajos, para los países altos de ingresos medios la Organización Mundial de la Salud sí recomienda tamizajes organizados a partir de los 40 años.

Si uno mira toda la edad persistente en cuánto cáncer de mama en los lo publicado en el Pubmed qué es la data, la base de datos más grande que hay a nivel mundial, hay 433.473 publicaciones relacionadas con cáncer de mama, si solo nos mencionamos de esas la parte tamizaje son 134.000, si nos limitamos a solamente mamografía, son 29.012 y si mencionamos los estudios más importantes en cuanto a su peso estadístico que se llama metanálisis son 187 y en este punto están la mitad de ellos divididos en, apoyando a la mamografía por encima los 50 y los otros apoyando la realización de mamografía a partir de los 40 años, si ni siquiera los estudios que tienen, que son más robustos estadísticamente se ponen de acuerdo, imagínese esto no podemos tomar un sí un absoluto solamente porque eventualmente el Instituto Nacional de Cancerología lo menciona, hay que remitirse a las estadísticas y hay que remitirse a los estudios que lo dicen.

Mencionaba el Viceministro ahorita, que muchas que las organizaciones internacionales recomendaban a partir de 50, pero miremos que eso no es totalmente cierto, instituciones como el American Cancer Society, el National Cancer Institute de Estados Unidos, la Organización de Radiología en los Estados Unidos de American Society South Bridges, la mayoría de ellas también lo recomiendan a partir de los 40 años de forma anual, que hay algunos que le recomienda a partir de los 50 sí, pero muchas instituciones a nivel mundial los recomiendan a partir de 40 años y son las más importantes en seguimiento. Esto me lleva a un consenso y eso nadie lo discute que es la recomendación inicial de tamizaje entre los 50 a los 69 años; los metanálisis hablan que una clara reducción en la mortalidad en ese grupo de edad hasta un 32% en el grupo de 60 y obviamente nos ponen un punto controversial, esta sería la alta controversial, este grupo entre los 40 a 49 años, pero vamos a mostrar qué es lo que pasa en este grupo de

edad: los metanálisis sí hablan que hay una reducción de mortalidad casi hasta un 20% en las mujeres que se tamizan a partir de los 40 años, debemos quitarle esa oportunidad a nuestras ciudadanas, de ese 20%; ahora una cosa importantísima, de estos estudios realizados, con los cuales se fundamenta la posición del Instituto Nacional de Cancerología del Ministerio fueron estudios que fueron realizados en décadas de los setenta y principios de los 80, estamos hablando que fueron hace 40 años, cuando todavía existía la mamografía análoga como el gold estándar; hoy en día la gran mayoría de los equipos que contamos son de técnica digital y uno sabe que la mamografía digital sobre la convencional, tiene un mejor rendimiento diagnóstico y precisamente es en ese grupo de mujeres menores de 40 años, la mamografía digital mejora de forma significativa en el diagnóstico en este grupo de edad, un 78% versus 51% comparándolo con la técnica análoga y estamos y eso por la densidad mamaria; ahora, hoy en día los equipos, de la mayoría estamos hablando de los equipos que se llaman tomosíntesis, mal llamada mamografía 3d, esta mamografía o tomosíntesis mejora aún más el diagnóstico comparándolo con la mamografía digital e incluso con la mamografía convencional claramente, entonces nos están pidiendo que tomemos una decisión sobre la edad de un diagnóstico, cuándo empezar a hacer un diagnóstico, poniendo un ejemplo como lo mencionaba la vez pasada, nos están diciendo que cuál es el método más seguro y eficaz para llegar a Barranquilla en medio aéreo, comparando una avioneta con los que se hicieron esa época, comparando con un jumbo qué es lo que estamos manejando hoy en día; las tecnologías cambian, esto cambia radicalmente la oportunidad de diagnóstico en ese grupo de mujeres de 40 años, no podemos seguir hablando de mecanismos o de data obsoleta y no es que sea obsoleta, pero que claramente no aplica la realidad de los equipos que tenemos hoy en día, de la tecnología actual, eso hay que cambiarlo.

Y lo otro muy importante es que esos estudios fueron realizados en poblaciones que fueron principalmente escandinavas, americana y canadiense y son 9 estudios los basados en ellos, donde la incidencia en mujeres jóvenes incluidos era entre el 17 a 20%; Colombia es un país que tiene incidencias en mujeres jóvenes, están hablando menores de 50 años, entre un 32 o 42%, ¿podemos asumir esos resultados de otras poblaciones equivalentes a nuestra población? claramente no, eso es uno de los peores terrores en epidemiología, es asumir las estadísticas de otros países con características totalmente diferentes, asumiéndolas como si fuera nuestra realidad, nuestra población es completamente diferente y esto lo muestra así un estudio de la Asociación Colombiana de

Mastología, donde muestra que el 32% de los casos de diagnosticados en nuestro país son en menores de 50 años, una de cada tres pacientes y un 23% de mayor de 65 años, miremos cómo son los registros institucionales: nos dicen que el Instituto Nacional de Cancerología es de 25% de mujeres menores de 50 años pero clínicas como el Country, Clínica de las Américas en Medellín tiene un diagnóstico de un 36%, el Hospital Universitario de Neiva es del 40%, la Unidad Oncológica Subcolombiana también hay más del 34%.

Grupos Colaborativos: un estudio de la Asociación Colombiana de Mastología dice que es el 73% que se le mencionó ahorita; algunos registros poblacionales como el de Medellín dicen que es 42%; no vayamos allá tan lejos, las estadísticas del promedio de mujeres de la fundación de la cual hago yo participe, tengo 311 mujeres, el promedio de edad de ellas es del 43.6%; en mi práctica profesional, en los 11 años que llevo de mastólogo el promedio de edad de diagnóstico es de 53%, pero hay que tener en cuenta que ese es el promedio, el 44% de las mujeres que yo veo en mi consulta o que he diagnosticado en los largos años, han sido diagnosticadas antes de los 50 años, mujeres tan jóvenes como 29 años y la mayor de ellas ha sido de 103 años. Entonces, si sumamos los casos diagnosticados luego de los 70 años a ese grupo de edad que estamos dejando de diagnosticar antes de los 50, estamos dejando de tamizar más del 50% de los casos en nuestro país, es una cifra grandísima que claramente está demostrada y que se refleja en las estadísticas de mortalidad que tenemos que nuestro país; esto ya lo mencionó la doctora Claudia, en nuestro país la proporción de actividades de tamización de cáncer no va más allá del 25%, siendo las principales ciudades Bogotá que tiene 32% y por encima del 20% solo hay cinco departamentos, increíble que existan departamentos donde el presupuesto que está destinado a la tamización del cáncer no se cumple más del 0.7% unos casos, 1% en algunos otros departamentos; esto es gravísimo ¿dónde están los recursos? entonces a lo que estamos pidiendo nosotros y esto lo hablaba el doctor Patiño, esto implica que la mayoría de los casos son de tamizajes de oportunidad, la mujer que llegó al consultorio y le ofrecieron una mamografía, acá no existe el tamizaje organizado, lo que estamos pidiendo es que exista tamizaje organizado, esto cambiaría dramáticamente esta, esta representación de esta cifra y llegando a ese 70% probablemente que quiere el Ministerio, el Ministerio de Salud. Esto a lo que nos lleva es que no estamos pidiendo que la mamografía que sea obligatoria, nadie puede obligar a una mujer a hacerse una mamografía, lo que debería ser obligatorio es la invitación por parte de la Eps y no esperar a que la mujer llegue a una consulta, a que lo digan y esto también es

importantísimo, porque lo mencionaba la doctora Claudia, esto también es importantísimo porque el médico no puede seguir con temor a que una paciente que llega porque le dice doctor mire tengo una masa en el seno por favor estudiémosla y el médico todavía le diga, no señora no le puedo ofrecer una mamografía porque no tiene 50 años, ¿cuántos cánceres he visto yo que se han pasado por no ofrecerle a esa mujer esa oportunidad?.

Eso lleva que las cuatro causas principales de diagnóstico tardío en nuestro país sea es un diagnóstico tardío, la falta de acceso, la pobre calidad y la falta de cobertura; la ley precisamente trabaja en estos cuatro puntos, no dejen manca esta ley, no la dejen coja por favor, eso son los puntos que precisamente se han modificado cantidades, hasta que realmente vamos a llegar a un punto que la ley va a quedar en una ley teórica como ha pasado con la Ley Sandra Ceballos, esto no podría ocurrir. Y en último, pues miremos cómo es la parte económica y esto es importantísimo para la parte de Hacienda, mire la doctora Claudia ahorita lo mencionaba es que, no es únicamente revisar más mamografías y yo la vez pasada, yo les mencionaba que el hecho eventualmente de realizar más mamografías obviamente implica un gasto en este momento, pero era, yo les ponía el ejemplo que era como hoy en día cambiar los bombillos de filamento por bombillos led, probablemente sea más caro, pero a futuro el ahorro de luz va a ser gigantesco, lo mismo va a pasar en la manera que hagamos diagnósticos más tempranos si hacemos ese mayor número de cobertura, ¿por qué? porque es que miren los costos de tratamiento, esto simplemente son el costo para 100 pacientes, estamos viendo que en el escenario actual, la situación actual de nuestro país el costo por tratamiento va algo así como 985. 297. 862 pesos, con la estadísticas actual en un escenario ideal esas cifras disminuirán a 6.600 millones más o menos, un ahorro muy importante y esto está por cada 100 pacientes, ahora multipliquen esto por las 13.500 con mujeres que diagnosticamos cada año, ¿cómo serán esas cifras? ¿cómo será el ahorro? va a ser impresionante y a eso súmele que hoy en día se vienen el advenimiento muchos medicamentos, la inmunoterapia, otros cuyo costo es supremamente alto, entonces sí es, vamos a esperar a que esos tipos de medicamentos que se usan en tratamientos de tumores localmente avanzados o tumores avanzados cuando podemos hacer un diagnóstico de un tratamiento muy conservador poco costoso para el Sistema, simplemente por eso, ahora hay que estimar eso, de esos gastos en la medida que nuestra población va a seguir aumentando y la reincidencia de casos van a hacer nuevos, multipliquen esos costos de tratamiento por el número de casos que tenemos.

Entonces esto nos lleva a que lo principal es que, ¿cuál es ese balance entre sobrediagnóstico?, lo que estaban diciendo que el riesgo de la mamografía, el sobrediagnóstico sabemos que existe sobre diagnóstico y eso nadie lo puede negar, pero probablemente para nuestro país este sobrediagnóstico es casi nulo, comparando con el exceso de muertes por falta de tamizaje. Senadores eso es una petición y lo hago desde el punto de vista de las mujeres que trato día a día, por las muestras, múltiples mujeres pues que estamos viendo que fallecen por cáncer de mama muchas de ellas con tumores muy agresivos diagnosticados a temprana edad; sabemos que podemos cambiarles ese curso, por favor senadores y senadoras les suplico que analicen todas estas ponencias que hemos dicho, que analicen los datos y ojalá podamos llegar a un fin donde la ley realmente sea una verdad, una verdadera, una verdad para nuestros pacientes, una realidad, esto lo digo del corazón y en nombre de las 311 pacientes que mi fundación representa.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctor Sebastián; creo que con su intervención terminamos la participación de todos nuestros invitados, me ha pedido el uso de la palabra doctora Milla Romero Senadora; senadora Milla.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Igualmente para pedirle el favor al doctor Sebastián Quintero y a la asesora del honorable representante Óscar Villamizar que nos colabore para que nos envíen las presentaciones que acabaron de utilizar ahora, gracias Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Listo secretario, démosle también la bienvenida al doctor Óscar Villamizar que veo que ya está conectado en la plataforma, autor de esta iniciativa; le daremos el uso de la palabra una vez intervenga la senadora Milla Romero que la había pedido con anterioridad, senadora Milla.

Honorable Senadora Milla Patricia Romero Soto:

Muchas gracias, muchas gracias Presidente por el uso de la palabra, un cordial saludo para todos los

que nos acompañan hoy en esta audiencia; primero quiero empezar por eh resaltar este proyecto de ley, darle las gracias al representante Óscar Villamizar por presentarlo. Pues quiero decirles a todos los que han participado hoy, de todas las fundaciones que cuentan con todo el respaldo que pueda dar y tengo claro yo soy senadora por gracia de Dios, en mi familia hemos padecido lo que significa esta enfermedad, mi hermana fue diagnosticada a los 28 años con cáncer de seno, esposa de médico y no obstante tuvo que padecer todo lo que sufren todas las mujeres que son diagnosticadas con esta enfermedad y en el tema, en lo referente a los permisos, a los tratamientos, a las tutelas, a todas las trabas que se les ponen en las Eps y en todas las instituciones prestadoras de salud; de hecho tuvo respuestas como la siguiente en unas tutelas, como quien dice que ya para que se le prestaba el tratamiento, si como quien dice estaba desahuciada por tener metástasis en pulmones y en huesos y para la gloria de Dios superó el cáncer y ahí está después de 20 años de tratamiento seguido.

Entonces quiero decirle que me identifico totalmente con todo lo que las fundaciones que nos han dicho hoy, quiero ofrecer presentar esa proposición que nos decía la representante de Senosama de que hay que ponerle tiempos a todos, esta ruta de tratamiento para las mujeres con cáncer de seno, que hay que evaluar de verdad cuánto es la inversión y cuánto es el ahorro, como también nos lo decía ahorita al doctor y nos lo decía ella, si hay que hacer una inversión para salvar vidas, para mejorar, porque la mayoría que estamos perdiendo también son mujeres mamás y estamos como lo decían las estadísticas no estamos avanzando en mejorar esas estadísticas, sino que por el contrario ocupamos los últimos lugares, entonces vamos a presentar esas proposiciones para la Plenaria del Senado, donde esperamos contar con el respaldo de la mayoría de los senadores para avanzar; decía también que hay algunas Eps que aún están poniendo muchas trabas, mire aquí quiero decirles que contamos con un Superintendente de Salud que enhorabuena tenemos, que nos ayuda en todos esos temas y ya y que es muy muy eficiente para poder digámoslo, meter como en cintura a esas Eps que no hace lo que les corresponde. Entonces ofrezco en lo que más pueda mejorar este proyecto de ley y que ojalá tengamos el apoyo de la mayoría de los senadores.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias senadora Milla, nos alegra mucho saber que su hermana está bien, que ha combatido esa enfermedad y que gracias a ese tratamiento oportuno pues ella estaba compartiendo todo este tiempo con ustedes y con su familia. Me ha pedido el uso de la

palabra el Representante Óscar Leonardo Villamizar quien es el autor de la iniciativa y posteriormente le vamos a dar la palabra al Instituto Nacional de Cancerología y luego al Ministerio de Hacienda que también la está solicitando; Representante bienvenido, tiene el uso de la palabra.

Honorable Representante Óscar Leonardo Villamizar Meneses:

Presidenta muchísimas, muchísimas gracias a usted por este espacio, por la moderación tan importante que ha hecho en este foro; yo creo que aquí se han mostrado muchos argumentos de por qué es tan importante que este proyecto de ley salga adelante, nosotros lo único que planteamos en este proyecto de ley de la mano de Fundación CQ, de Sebastián, de la mano de Claudia Amaya, de la Fundación Senosama, de la ACR, de todos esos médicos y científicos que hicieron parte de este proyecto de ley, lo único que planteamos es una manera como la que vemos hoy que podemos tener clara en este proyecto de ley, de cómo vamos a salvar vidas de aquí en adelante, aquí nosotros no estamos planteando nada diferente a que podamos al unísono en el Congreso de la República darle una respuesta real a esas mujeres que hoy sufren de esta enfermedad y cómo eliminamos realmente las barreras de acceso, como ustedes lo escucharon.

Yo quiero agradecer enormemente a la Comisión Séptima, a todos los senadores y senadores de esta Comisión, senadoras, senadora NADIA, usted nos ha escuchado muy atentamente igual que lo han hecho todos los senadores y senadoras de esta gran Comisión y les agradecemos enormemente de corazón que lo hayan hecho, creo que aquí se dejan planteado los dos puntos de vista que hay.

Yo invito nuevamente al gobierno a que revise la situación, nosotros acá no estamos hablando de gastos, de más recursos públicos, al contrario de cómo ese P Y P que está ahí en ese Régimen de Salud se logra empezar a trabajar de mejor manera y se logra gastar de una mejor manera que le dé una solución real a las mujeres que sufren de esta enfermedad; por lo demás un agradecimiento infinito con usted, con el ponente de este proyecto, con el senador Gabriel Velasco, con los senadores y las senadoras de esta Comisión también agradecido, porque nos han permitido tener este importante espacio y con todas las personas que han participado obviamente, el doctor Jairo también, al Viceministro, a los miembros del gobierno nacional a quien les pido nuevamente que le peguen una revisada, yo creo que aquí en muchas cosas de las que dijeron estamos de acuerdo, creemos también que precisamente los argumentos que ustedes dan son el soporte de por qué se presenta este proyecto de ley, que aquí expusimos hoy, más digamos con

mayor espacio las razones de por qué este proyecto debe ser una ley de la república y esperamos puesto que en ese debate de Plenaria del Senado de la República logramos sacarlo adelante. Nuevamente muchísimas gracias Presidenta Nadya, a usted también por dirigir este espacio y a todos los senadores y senadoras que nos acompañan, mil y mil bendiciones.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Con mucho gusto representante; vamos a darle la palabra entonces al doctor Roosevelt del Instituto Nacional de Cancerología y luego al doctor Juan por parte del Ministerio de Hacienda.

Delegado Instituto Nacional de Cancerología, doctor Franklin Roosevelt Vargas Morán:

Muchísimas gracias Presidenta, si me permite compartir por unos minutos una presentación que tenemos, le agradecería; no me voy a extender en el uso de la palabra, solo quiero hacer énfasis en algunos aspectos que consideramos importantes como Instituto.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Adelante.

Delegado Instituto Nacional de Cancerología, doctor Franklin Roosevelt Vargas Morán:

Okay Presidenta; bueno nosotros como Instituto Nacional de Cancerología y como miembros que tenemos como misión el control del cáncer desde todas sus facetas, corroborando lo que habíamos dicho respecto a la posición del Viceministro y con datos que están disponibles en varios sitios de internet oficiales como Ludocan, que son una iniciativa que nos muestra datos tanto de incidencia como de mortalidad al rededor del mundo, uno puede observar claramente que la tendencia en nuestro país en la mortalidad, considerando todas las edades y cáncer de mama es hacia el incremento, notando particularmente pues como se muestra en el gráfico desde el año 1994 hacia el año 2014 y si nosotros analizáramos el comportamiento en ese mismo período de países representativos como Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Estados Unidos, en ellos pues la tendencia es hacia la disminución; obviamente que las condiciones socioeconómicas, políticas y en todos los ámbitos pues con la mayoría son diferentes, pero siempre es importante que nos miremos bajo esa óptica, como país que está dentro del grupo de lo del mediano ingreso económico, nuestra tendencia indudablemente es hacia el incremento. Sin embargo, cuando nosotros nos damos o tratamos

de hacer una comparación, una adición un poquito más holística entre lo que tiene que ver con la incidencia y la mortalidad, nos damos cuenta que precisamente esos países que tienen una tendencia hacia la disminución, tienen una tasa de incidencia ajustada por edad mucho mayor que la nuestra, por ejemplo, la tasa de Holanda es poco más del doble que la de Colombia, así como la de Francia, mucho mayor del doble la de Bélgica y a pesar que esos países tienen una tasa de incidencia que nos duplica o que supera por 12 el valor de la nuestra, recordemos que cuando hablamos de incidencia nos referimos a los casos no diagnosticados, a pesar de ello nuestra tasa de mortalidad es bastante semejante, o sea fíjense que nosotros tenemos una tasa de mortalidad ajustada de 13,1 y la diferencia no es muy grande con la de Bélgica, Holanda, Francia, Estados Unidos y Alemania, bueno, con la de Alemania, quizás un poco más, pero es mayor que la de Estados Unidos, o sea que mientras tenemos tasas de incidencia menores que las de esos países, las de mortalidad son mucho mayores y de pronto pues no controvirtiendo lo que los doctores previos a esta intervención han expuesto, pero sí tratando de dar una claridad mayor sobre el asunto más allá de la experiencia clínica de algunas instituciones, más allá de los datos institucionales como se lo mostró ahorita, siempre debemos tener en cuenta una visión más poblacional y en esto nos lleva una ventaja o lleva una ventaja impresionante el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, que es toda una leyenda en el campo del cáncer a nivel mundial, que tiene mucho más de 50 años funcionando, que es referente a nivel de Latinoamérica y del mundo y que nos muestra por ejemplo, cómo ha sido el comportamiento tanto en la incidencia como la mortalidad bajo una metodología rigurosa y estandarizada en la recolección, procesamiento y análisis de la información de los casos de cáncer en Cali y que por muchos años representaron lo que era la situación en Colombia; entonces vemos por ejemplo acá, que la tasa de incidencia desde el año 1960 hasta 2017, pues tiene una variación porcentual anual de 0,8% en las mujeres de 70 años o más y si miramos la gráfica, las menores, las mujeres menores de 50 años tienen unas tasas de incidencia menores, obviamente, o sea que aunque si bien es cierto que el cáncer de mama se presenta en mujeres menores de 50 años y se ha encontrado en mujeres más jóvenes, lo cierto es que representa valores inferiores hacia lo que se muestra en rangos de edad superior, por ejemplo, de 50 a 69 y de 70 años en adelante, eso en cuanto a la incidencia y en cuanto a la mortalidad la diferencia entre estos tres grupos de edad es todavía mayor, si se aprecia, como se aprecia en este gráfico, de hecho ese el APC que es como el incremento porcentual anual en las tasas, en las mujeres menores de 50 años tiene un valor negativo o sea que no denotan incrementos

sino un decremento en el período 1986 al 2020, en cambio en las de mayor edad, de 70 años y más y las de 50 a 69, especialmente las de 70 años y más, sí hay una variación porcentual positiva de 0,8% ven las tasas o sea una tendencia hacia el incremento.

Nosotros como Instituto a través de nuestras publicaciones certificadas como es el Atlas de Mortalidad por Cáncer, en unión con el Instituto Nacional Agustín Codazzi hemos analizado y nos hemos dado cuenta que obviamente en algunos departamentos las tasas de mortalidad son mayores que en otros como se ha expresado en algunas de las presentaciones, pero es llamativo que algunos departamentos tienen tasas superiores a lo que es el valor nacional, como Atlántico, Valle, Bogotá y Antioquia mientras que otros que no son tan rurales o que no están tan en la periferia como se mostraron ahorita, como el caso del grupo Amazonia, Vaupés, Orinoquia y demás, sino que estamos hablando departamentos intermedios como Boyacá, Chocó y la Guajira tienen unas tasas un poco inferiores y si no fuéramos a hacer un análisis de las ciudades, todavía pues haciendo, hilando un poco más más fino, nos daríamos cuenta que esa es las ciudades capitales donde más se concentran las tasas de mortalidad, de este modo pues hay una gran diferencia que deberíamos tener en cuenta, que deberíamos considerar a la hora de hacer estos análisis y sin lugar a dudas las Rutas de Atención Integral por más que se vea como algoritmos difíciles de abordar en una sola lámina, en una sola hoja, en una sola diapositiva cuando lo llevamos a la práctica al análisis pues más detallado nos damos cuenta que en ellas es posible hacer una estratificación y considerar unos hitos importantes que si se implementan de manera oportuna y de manera adecuada, sin lugar a dudas tendremos mejores resultados y consideramos que es posible que tenerlos. A pesar que el mismo Ministerio de Salud ha identificado algunas barreras en ellas, pues que deben ser superadas, como por ejemplo los perfiles y competencias al talento humano, como las fuentes de financiamiento, como el análisis de insuficiencia de las redes para la operación de las mismas guías, la misma disponibilidad de la oferta, estas barreras identificadas por el Ministerio se constituyen necesariamente en elementos que deben abordarse para que a mediano y largo plazo sean superados y a partir de ahí se generen fortalezas.

Sabemos que disponemos de guías de prácticas clínicas, no podemos dejar esto tampoco a un lado, el Instituto Nacional de Cancerología participa en la elaboración de ellas y por eso creemos que tanto la guía de práctica clínica como la ruta de atención integral en este caso específico de cáncer de mama, debe hacerse énfasis en esto, en la definición tanto en los grupos objetivos de

tamización como de las tecnologías que deben ser empleadas y dentro de estas tecnologías empleadas no podemos dejar a un lado las pruebas genéticas, pero todo esto considerando que, considerando tres puntos importantes, considerando siempre la mejor evidencia científica disponible, no solamente los metaanálisis, las revisiones sistemáticas sino también algunos ensayos de campo y algunos ensayos en terrenos que nos dan una orientación mejor del perfil en población como la nuestra y que hay datos disponibles de estudios, no solamente en Europa, no solamente en Estados Unidos sino también en América Latina.

Evaluar el perfil costo-beneficio para indagar pues que es lo mejor que se puede emplear y que se debe emplear en este punto, como se mostró en la presentación anterior, la carga por cáncer de mama tiene un impacto tremendo en términos no solo de incidencia y mortalidad, sino también de indicadores como años de vida potencialmente perdidos y años de vida saludables y elementos también como el gasto de bolsillo que debe considerarse y pues obviamente no debe estar excluidas de el Plan Básico en Salud. Entonces bajo estos tres grandes pilares de cobertura, control de calidad y seguimiento nosotros consideramos como Instituto Nacional de Cancerología que este proyecto de ley es una gran oportunidad para seguir avanzando en control interior del cáncer y nos parece adecuada la estructura del articulado aprobado, especialmente en lo referente a los artículos 6° y 7°, entonces queríamos hacer nuestra aclaración, nuestro aporte sobre estos puntos específicos, gracias Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias a usted doctor Roosevelt; vamos a darle el uso de la palabra al doctor Juan de Hacienda.

Delegado Ministerio de Hacienda, doctor Juan Puentes:

Buenos días, quería hacer un par de comentarios: primero, uno relativo a la tamización un tema que ya hemos tocado pues mucho, en algún momento se mencionó que el tamizaje del 70% de la población fue incluida entre la de la UPC, esto no es pues digamos que tan claro para nosotros, diríamos que no fue incluido porque no está dentro de lo recomendado por la Guía de Práctica Clínica, entonces pues digamos que si se ordenara sí serían recursos adicionales, dependiendo del tipo de tamización podría costar más o menos algo muy básico que uno podría hacer es coger el costo de una mamografía bilateral y un examen o una consulta, eso suma barato unos \$100.000 pesos y multiplicarlo por el número de personas que podrían estar susceptibles de ser tamizadas, que si uno coge toda la población

entre 40 y 70 años son 7 millones, sí pero, si se hace así, de toda la población entre, en esas edades, pues daría un costo de 700, 800 mil millones de pesos y no sería pues digamos qué tan viable hacerlo de una manera rápida. El tamizaje está aprobado, pero también está sujeto a la decisión que tome el médico, no es que haya ahorro; me gustaría hablar con la persona de la Fundación Senosama, pero en un momento posterior para aclarar estas dudas.

Y el segundo comentario que quería hacer es que, ya existe dentro de la normatividad que ha hecho el Ministerio de Salud una resolución en la que se han aprobado una serie de indicadores para mejorar la gestión del gasto en cáncer de mama, entonces y dentro de esa gestión del gasto se incluye un componente de tamizaje, entonces digamos que todavía no tenemos resultados pero sí sería prudente esperar a ver los resultados de y dentro de lo que también se incluyen tiempos, para para hacer esa gestión de recursos; entonces sería prudente esperar los resultados de ese, de esa política pues para ver si es necesario o pertinente establecer eso dentro de las Guías de Práctica Clínica; esos eran los dos comentarios.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctor Juan; no sé si algún otro senador desea intervenir; o si no, le damos el uso de la palabra al senador Gabriel Velasco para que haga el cierre de este foro, luego me está solicitando la palabra la doctora NUBIA BAUTISTA; ¿secretario me confirma?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sí Presidenta, pero no identifico a quién representa.

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, doctora Nubia Bautista:

Buenos días estimados senadores, soy Nubia Bautista Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Doctora Nubia, veo que está pidiendo el uso de la palabra.

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, doctora Nubia Bautista:

Sí, sí, sí, muchísimas gracias; solo queríamos dar como unas conclusiones finales, luego de surtido

este foro donde pudimos conocer la evidencia y las posturas técnicas alrededor de este proyecto de ley, y esto porque nos parece muy importante reforzar la idea de que la revisión de la evidencia y la evidencia es la base de la construcción de políticas en salud y que esta, estos temas relacionados por ejemplo con edades, con tiempos en oportunidad de acceso a tecnologías que deben estar explícitos, porque hay evidencia para hacerlo y deben estarlo en las rutas de integrales de atención en salud, no consideramos conveniente que queden en un proyecto de ley que les da una estructura mucho más rígida y pueden ir terminando ir en contravía de lo que deseamos y es el acceso de las mujeres con cáncer de mama o con riesgo de cáncer de mama; entonces quisiera como resaltar eso, quisiera también hablar un poco de cómo las rutas integrales de atención y salud han constituido y un esfuerzo muy importante para salir de lo programático, entendiendo los beneficios que tienen las intervenciones programáticas en lo local y que las Eps deben realizar acciones programáticas pero que desde el nivel nacional las rutas constituyen un instrumento que orienta las acciones en las personas, en las mujeres, no en los eventos, por eso creemos que la ruta de promoción y mantenimiento y la ruta de cáncer de mama son los instrumentos que mejor viabilizan esta intención que tiene el proyecto de ley y esta preocupación que tenemos todos, en las mujeres, en sus familias, en su calidad de vida, en su rehabilitación integral entre otras. Entonces quería reforzar esos dos puntos y si me permite dar la palabra a nuestro médico experto en temas de oncología para reforzar sobre algunos temas de la evidencia de mamografía, ¿puede ser?

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

¿Cómo se llama el doctor?

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, doctora Nubia Bautista:

Daniel Uribe.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Le damos el uso de la palabra por 5 minutos al doctor Daniel Uribe.

Ministerio de Salud y Protección Social, Especialista en Oncología, doctor Daniel Uribe:

Muchas gracias senadora, muchas gracias doctora Bautista y muchas gracias Presidenta; allí queremos mencionar algunos puntos específicos digamos para hacer claridades acerca de qué es tamizaje poblacional versus tamizaje de oportunidad. El tamizaje poblacional se refiere a

que se realizan actividades de demanda espontánea y demanda inducida, digamos que allí debemos considerar sobre la Resolución 3280 donde están las actividades de tamización poblacional organizada y tamización de oportunidad, la tamización poblacional organizada está dirigida al cáncer de colon, al cáncer, al cáncer de cuello uterino y al cáncer de mama y las actividades de mamografía están incluidas dentro de esas actividades de tamización poblacional organizada; igualmente hay otro tipo de acciones dirigidas a mujeres que están en riesgo alto y riesgo más allá de del normal donde están incluidas acciones incluidas como por ejemplo, marcadores tumorales y otro tipo de acciones necesarias o marcadores genéticos para estas pacientes inclusive.

Las guías de práctica clínica, allí queríamos hacer también una aclaración importante y es que las guías de práctica clínica son construidas en revisiones sistemáticas de la literatura que consideran miles de títulos dentro de la literatura, esos títulos se uno a uno y allí pues digamos que participan las sociedades científicas, dentro de las cuales también está la Asociación Colombiana de Mastología y la Asociación Colombiana de Radiología en su adición 2017 que corresponde a la última actualización; hay que tener en cuenta también algunos aspectos relacionados con la recolección de evidencia a partir de fenómenos que se conoce como recolección de cerezas y es que hay algunos procesos de recolección de la evidencia mediante los cuales uno puede hacer uso de alguna evidencia que favorece o no una postura, y entonces allí tenemos que tener un cuidado especial sobre, digamos la recolección de esa evidencia o tomar esa evidencia como la única y la más relevante, allí también quería hacer una precisión sobre lo que mencionaba el doctor de la Asociación Colombiana de Radiología, digamos que podía generarse alguna confusión sobre los años de seguimiento en una coorte, si nosotros por ejemplo tomamos como años de seguimiento dentro de una coorte 15 años de seguimiento una coorte de los 50 y los 65 años por poner un ejemplo se tendrían 300 millones de, 300 millones de años de seguimiento en una población con cáncer de mama, entonces eso genera una confusión en la interpretación de las recomendaciones que nos hacía el doctor de la Asociación Colombiana de Radiología esos son seguimientos años persona, entonces allí hay que hacer unas diferencias que digamos podrían confundir al público.

Digamos que también íbamos al punto de las recomendaciones que hace la Asociación Internacional del Cáncer, de Investigación del Cáncer conocida como IARC, que hace parte de la Organización Mundial de la Salud y allí la

Organización Mundial de la Salud nos recomienda que la tamización pues idealmente debería empezar desde los 50 años; esta organización pues tiene ya un reconocido trayecto a nivel mundial y participan digamos investigadores muy relevantes, epidemiólogos, salubristas oncólogos y allí digamos que se forja una de las principales recomendaciones sobre la tamización, de hecho ellos brindan asistencia a los países y de hecho en este momento tienen un curso muy importante y muy bueno que se llama Canis Team 5 y está libre para que todas las personas lo puedan hacer y ver allí por qué se recomienda la tamización por encima de los 50 años; básicamente eso era lo que quería mencionar y gracias Presidenta por el espacio.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Con mucho gusto Daniel Uribe; senador Gabriel Velasco, para cerrar el foro, tiene el uso de la palabra.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

Gracias senadora, pues la verdad creo que ha sido un foro muy importante donde se han podido escuchar todas las voces, las diferentes posiciones frente a este proyecto de ley, nosotros vamos a revisar para poder presentar ya el informe de ponencia y poder avanzar; entonces de verdad que muchas gracias por este espacio, por esta oportunidad y les agradezco muchísimo de verdad toda la información y el contenido que nos han dado para enriquecer el proyecto de ley; muchas gracias Senadora.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

¿Secretario hay que hacer algunos anuncios?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Solo re insistir en pedirles el favor a quienes han utilizado presentaciones, del Instituto Nacional de Cancerología, del Ministerio de Salud y todos los que han usado presentaciones, que por favor nos las hagan llegar. Y para mañana, el señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República convoca para las ocho (08:00 a. m.) de la mañana, para los 32 proyectos de leyes que están en el Orden del Día de mañana, ocho (08:00 a. m.) de la mañana señora Presidenta.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias secretario, ¿ya esos proyectos están anunciados no hay que hacer anuncios con relación?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

No, ya están anunciados y con fecha precisa para mañana, ya están anunciados.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Bueno le agradezco a todos los invitados, a los equipos del Ministerio de Salud, al Súper Fabio Aristizábal que también nos acompañó, al Viceministro Moscoso, a todos los miembros y representantes de las diferentes organizaciones que nos acompañaron esta mañana, gracias por sus intervenciones, sus sugerencias o recomendaciones, gracias por esa ilustración y hacer un reconocimiento especial pues a todas las mujeres que han combatido esta enfermedad, a ellas nuestro reconocimiento, que sepan que desde esta Comisión vamos a seguir trabajando para mejorar la salud de todas las mujeres colombianas que padecen esta triste enfermedad, que apaga muchas vidas y que sobre todo sé que a muchos les toca hacer un esfuerzo sobre humano, no solamente a ella y a su familia para combatirla; a todos los Senadores de la Comisión, al doctor Óscar Villamizar autor de la iniciativa, muchas gracias, se levanta la sesión y que tengan un feliz almuerzo.

Honorable Senador José Aulo Polo Narváez:

Adiós preciosa.

Presidenta (e) honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Adiós mi senador, un abrazo para todos.

Honorable Senador José Aulo Polo Narváez:

Gracias preciosa.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las once y cuarenta (11:40 a. m.) de la mañana de hoy lunes 24 mayo 2021, la honorable Senadora Nadya Georgette Blel quien presidió esta sesión, habiéndose agotado el orden de todas las intervenciones declaró agotado el orden y levantó la sesión, siendo las once y cuarenta (11:40 a. m.); gracias a todos y un buen resto de día.

H. S. JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
PRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

H. S. CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
VICEPRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO


ORIGINAL FIRMADO
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

**CONSTANCIA DE ASISTENCIA -
HONORABLE SENADOR FABÍAN
GERARDO CASTILLO SUÁREZ**

“Bogotá, 28 de julio de 2021

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario General

Comisión Séptima Senado

Ciudad.

Asunto: Anotación Asistencias a Sesiones Mixtas Comisión Séptima.

Cordial saludo:

En atención al asunto de la referencia, sobre las fechas relacionados al no registro de asistencia del Senador Fabián Castillo Suárez, a las sesiones mixtas de la Comisión Séptima de Senado, se deja constancia que el Senador Castilla, se conectó de manera virtual a través de los links correspondientes a cada sesión, enviados por la Secretaria General de la Comisión mediante correo electrónico.

1. 5 de mayo de 2021
2. 13 de mayo de 2021
3. 24 de mayo de 2021
4. 11 de junio de 2021
5. 15 de junio de 2021

Agradezco la amable atención y colaboración brindada al presente requerimiento.

Atentamente,


Zully Rodallega Bellaisac

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los veintiún (21) días del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la **Gaceta del Congreso** de la República, del **Acta número 51**, de fecha lunes veinticuatro (24) de mayo de dos mil veintiuno (2021), de la Legislatura 2020-2021.

El Secretario,


**ORIGINAL FIRMADO
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA**