

Bogotá, D.C. 30 de marzo de 2023

Honorable Representante

HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ

Vicepresidente Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

E. S. D.


Ref: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY PROYECTO DE LEY NÚMERO 317 DE 2022 CÁMARA "por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al programa madre canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer"

Respetado Señor Vicepresidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 317 DE 2022 CÁMARA**, "por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al programa madre canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer"

Cordialmente,


AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO
Representante a la Cámara
Pacto Histórico


JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Centro Democrático


KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR
Representante a la Cámara
CITREP 16

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904030 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

CONTENIDO

1. Trámite del Proyecto
2. Objeto de la ley
3. contenido del proyecto
4. Justificación del Proyecto
5. Causales de impedimento
6. Proposición
7. Pliego de modificaciones
8. *Texto propuesto para primer debate*

1. Trámite del Proyecto

El proyecto de ley número 317 de 2022 Cámara es de autoría de los Honorables Congresistas: H.R Agmeth José Escaf Tijerino, H.S.Pablo Catatumbo Torres Victoria , H.S.Sandra Yaneth Jaimes Cruz , H.S.Clara Eugenia López Obregón , H.S.Martha Isabel Peralta Epieyu, H.R.Ingrid Johana Aguirre Juvinao , H.R.Leyla Marleny Rincón Trujillo , H.R.José Alberto Tejada Echeverry , H.R.Mary Anne Andrea Perdomo , H.R.Gabriel Ernesto Parrado Durán , H.R.Luz María Múnera Medina , H.R.María del Mar Pizarro García , H.R.Dorina Hernández Palomino , H.R.Jorge Andrés Cancimance López , H.R.David Alejandro Toro Ramírez , H.R.Pedro José Suárez Vacca , H.R.Erick Adrián Velasco Burbano , H.R.Eduard Giovanni Sarmiento Hidalgo , H.R.Etna Tamara Argote Calderón , H.R.Susana Gómez Castaño , H.R.Elizabeth Jay-Pang Díaz , H.R.Gabriel Becerra Yañez , H.R.Alirio Uribe Muñoz , H.R.Gloria Elena Arizabaleta Corral , H.R.Dolcey Oscar Torres Romero , H.R.Wilmer Yesid Guerrero Avendaño , H.R.Jhoany Carlos Alberto Palacios Mosquera , H.R.Wilmer Yair Castellanos Hernández , H.R.Gilma Díaz Arias , H.R.Gloria Liliana Rodríguez Valencia , H.R.Erika Tatiana Sánchez Pinto , H.R.Jorge Rodrigo Tovar Vélez , H.R.Julián Peinado Ramírez , H.R.Álvaro Leonel Rueda caballero , H.R.Luvi Katherine Miranda Peña , H.R.Jaime Raúl Salamanca Torres , H.R.Juan Diego Muñoz Cabrera , H.R.Juan Camilo Londoño Barrera , H.R.Germán José Gómez López , H.R.Juan Carlos Vargas Soler , H.R.Jorge Alexander Quevedo Herrera , H.R.Germán Rogelio Roza Anís , H.R.Leider Alexandra Vásquez Ochoa , H.R.Martha Lisbeth Alfonso Jurado , H.R.Juan Sebastián Gómez Gonzáles , H.R.David Ricardo Racero Mayorca , H.R.Hugo Alfonso Archila Suárez , H.R.Jairo Humberto Cristo Correa , H.R.Daniel Carvalho Mejía. Dicha iniciativa fue radicada ante la Secretaría General de la Cámara el día 07 de diciembre de 2022 y publicada en la Gaceta Número 1706 de 2022. Para ponencia en primer debate ante la Comisión VII Constitucional, se designó el día 01 de marzo de 2022 como coordinador ponente al Representante AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO y se designó como ponentes al Representante JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ y a la Representante KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

2. Objeto de la ley

La ley tendrá por objeto dictar las disposiciones que permitan garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al Programa Madre Canguro, como una estrategia para asegurar los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer (BPN) en Colombia.

3. Justificación del proyecto

Disposiciones generales

En Colombia, a pesar de que existe un marco normativo favorable para la garantía de la atención integral en salud de los neonatos prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer (BPN), se requieren acciones afirmativas adicionales para la protección de su derecho fundamental a la salud. Existen vacíos normativos y fácticos que generan discrecionalidad en la garantía del derecho fundamental previamente mencionado. Derechos que, aunque incluidos en disposiciones legales, son insuficientes o débiles en su obligatoriedad.

Así mismo, no existe un mecanismo de respaldo institucional que obligue al cumplimiento de unos cuidados mínimos en la atención integral en salud en una proporción significativa de niños y niñas que, a su vez, son sujetos de especial protección constitucional y gozan de prevalencia de derechos, según lo establecido en el Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia (1991). Lo anterior es evidente en la dinámica de implementación, ejecución y funcionamiento del sistema de salud en Colombia, por cuanto no todos los recién nacidos prematuros o BPN pueden acceder al Programa Madre Canguro (PMC) por diversas circunstancias, entre ellas: no todos están asegurados al sistema de salud; cuando están asegurados, las EPS no tienen una adecuada cobertura; son atendidos en IPS que no cuentan con la calidad adecuada, y aunque la ley manifiesta que debe garantizarse el derecho fundamental a la salud, se encuentra que en la práctica esto no se cumple para todos los niños.

Es prudente recalcar que, si bien esta población representa solamente el 10% de los partos, resultan en más del 60% de la mortalidad neonatal e infantil y más del 50% de las secuelas menores o mayores en la primera infancia (Organización Mundial de la Salud [OMS] & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2014). Por este motivo, garantizar una atención integral en salud a neonatos prematuros y/o BPN, fundamentada en un Programa Madre Canguro con estándares de calidad, acceso y de obligatorio cumplimiento, impactará indicadores relacionados con la salud, la supervivencia, el desarrollo y la prevención de la discapacidad que, a su vez, tendrán un impacto personal a lo largo del curso de la vida de estos niños y sus familias.

En este sentido, se hace evidente la necesidad de contar con un marco jurídico y normativo que:

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

- a. Garantice el acceso al Programa Madre canguro a la población de neonatos prematuros y/o BPN, conforme a sus necesidades y riesgos especiales.
- b. Garantice el cumplimiento de las disposiciones para la promoción, creación, fortalecimiento e implementación obligatoria del Programa Madre Canguro con cobertura total del territorio nacional, según los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- c. Regule los estándares y lineamientos para la creación e implementación del Programa Madre Canguro en el país, por medio de un proceso de vigilancia y control adecuados por parte de los entes de control pertinentes.

Por tal razón el presente Proyecto de Ley tiene por objeto establecer las medidas para reforzar la garantía de la atención integral a los niños y a las niñas nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer (BPN). Lo anterior a través de la implementación obligatoria del Programa Madre Canguro (PMC) en todo el territorio nacional, como una estrategia para asegurar los derechos fundamentales a la salud y a la vida de estos niños, quienes experimentan factores de vulnerabilidad adicionales por causa de su prematuridad o su déficit nutricional al nacimiento. Así mismo, se pretende reforzar la obligatoriedad de la atención integral en salud del prematuro y del niño con BPN por medio de la garantía del acceso a un PMC que cumpla con los estándares mínimos de calidad.

En este sentido, se espera que, este proyecto de ley otorgue un respaldo normativo especial para los recién nacidos prematuros o BPN, para lo cual, es de vital importancia contar con un instrumento legal adicional claro, conciso y que no dé espacio a una aplicación discrecional del PMC, que blinde las disposiciones ya existentes a nivel nacional e internacional en la materia y garantice su correcta implementación.

Sustento legal y fundamentos constitucionales para la ley

Lo planteado en este proyecto de ley se fundamenta en disposiciones legales nacionales e internacionales del país, que son de obligatorio cumplimiento y mediante los cuales se busca garantizar, principalmente los siguientes derechos humanos:

- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (artículo 3, Declaración Universal de los Derechos Humanos).
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (numeral 1, artículo 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos).
- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (numeral 2, artículo 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos).

El sustento legal, de orden nacional está dado de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de Colombia, que, en diferentes partes, da cuenta de la importancia de garantizar derechos fundamentales, que cobijan la población que es objeto de este proyecto de ley.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

Así pues, en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, por mandato expreso, se eleva al rango de derecho fundamental los derechos de los niños, incluyendo dentro de estos, “el derecho a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social [...]” (1991).

Es de acotar que Colombia ha realizado grandes transformaciones en su concepción de niñez y la atención que se le presta, las cuales están regidas por normatividad que favorece y promueve la salud materna e infantil. Por ejemplo, los artículos 43 y 44 de la Constitución Política de Colombia (1991) abordan la protección de la mujer durante el embarazo y después del parto; la prevalencia de los derechos de la infancia; y la obligación de la familia, la sociedad y el Estado de asistir, proteger y garantizar al niño su desarrollo integral. En el marco de estos derechos, en el artículo 49 de la Constitución se dispone que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. // Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control [...].

Mientras que en el artículo 50 se establece que “Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban apórfes del Estado [...]”. En concordancia con lo anterior, en la Ley Estatutaria de Salud No. 1751 de 2015, el Congreso de Colombia en el capítulo I, artículo 11, enuncia que los niños, niñas y las mujeres en embarazo son sujetos de especial protección, por lo cual “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”. De hecho, en el artículo 26 sobre atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio del Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social se manifiesta que en el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas todas las atenciones en salud, ambulatorias y de internación, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Como se puede observar, los derechos de los niños y las niñas, en relación con su salud, han sido abordados tanto por la normatividad propia del sector salud como por aquella destinada a la protección de la infancia y de las madres gestantes. Sin embargo, falta establecer puntos de conexión para la protección integral y en salud de los niños y las niñas con necesidades especiales de atención en salud por su prematuridad y/o BPN.

En el ámbito internacional, en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, proclamada y adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, se enfatizó en el derecho de todo recién nacido a recibir y disfrutar “del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. En este mismo artículo, los Estados se comprometen a “reducir

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

la mortalidad infantil y en la niñez” y a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”. La Convención busca asegurar que cada niño tenga cuidados diferenciales cuando presenten condiciones especiales. Los niños con necesidades especiales de atención de salud son aquellos que tienen o están en riesgo de tener una condición crónica: física, emocional o del desarrollo, que implica la necesidad de acceder a servicios de salud diferenciales en calidad y cantidad a los que se ofrecen habitualmente a un niño sano.

En consecuencia, con este proyecto de ley se busca materializar estos principios, a través de la protección y garantía del derecho a la salud de los niños y las niñas prematuros quienes, como menciona la Corte Constitucional en la Sentencia T-133 de 2013, requieren de una atención en salud idónea, oportuna y prevalente respecto de la cual toda entidad pública o privada tiene la obligación de garantizar el acceso efectivo a los servicios, como lo ordena el artículo 50 Superior, en concordancia con los principios legales de protección integral e interés superior de los niños y las niñas.

Con esta disposición se propone que, desde el nivel nacional, se implemente de manera obligatoria el Programa Madre Canguro (PMC) y al cumplimiento de los estándares mínimos de calidad, en todas las unidades de recién nacidos del país, de tal forma sea posible garantizar el cumplimiento de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que garanticen el correcto goce de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los niños y las niñas prematuras y/o con BPN independientemente de su lugar de nacimiento o de la condición socioeconómica de su familia.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha tomado medidas como el Decreto No. 3039 de 2007, la Resolución 0425 de 2008 y la actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de los Programas Madre Canguro (con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer -2017-), en aras de impulsar el desarrollo del Programa Madre Canguro y reconocer su importancia. Pese a esto, en la actualidad y a pesar de la evidencia científica aportada, no todas las unidades de recién nacidos del país aplican total o parcialmente el Método Madre Canguro como herramienta para reducir los índices de morbilidad neonatal, asociada a los riesgos propios de la prematuridad. Por tal razón se debe asegurar la atención de calidad al recién nacido prematuro y/o de BPN, para materializar una “atención idónea, oportuna y prevalente”, como lo ordenó la Corte Constitucional en la Sentencia T-133 de 2013, a partir de un reforzamiento legal que dé vinculación y marco normativo a las disposiciones ya mencionadas.

Sumado a esto, para garantizar el acceso, es importante que se articule integralmente el PMC con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), en concordancia con el principio de Interculturalidad y el principio de Protección a los Pueblos Indígenas establecidos en el Artículo 6 de la Ley Estatutaria No. 1751 de 2015. En este sentido, se deben respetar las diferencias culturales existentes en el país y reconocer las cosmovisiones y conceptos desarrollados en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). De esta manera, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá articularse con el SISPI para lograr una adaptación integral del PMC.

Razones relacionadas con el desarrollo infantil

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

Según la OMS y la UNICEF, en el año 2015 nacieron 15 millones de niños prematuros, es decir, aproximadamente uno de cada 10 niños nace antes de las 37 semanas de gestación (World Health Organization, 2021; World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2018).

En el mundo, más de un millón de neonatos murieron en el primer mes de vida por complicaciones directas o indirectas de la prematuridad, lo cual representa casi el 50% de la mortalidad neonatal global y de la mortalidad infantil en el primer año de vida (World Health Organization, 2012). Igualmente, la prematuridad es la primera causa de discapacidad relacionada con el aprendizaje, con los problemas visuales y auditivos en la primera infancia, que perduran hasta la edad adulta. Estos datos estadísticos hicieron que la prematuridad, hoy en día, sea considerada un problema de salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018b).

Entretanto, el bajo peso al nacer (BPN) se define como el peso inferior a 2.500 gramos en el niño recién nacido (OMS, 2017). Esta condición está asociada con un mayor riesgo de morbilidad fetal y neonatal, con deficiencias en el desarrollo cognitivo y con el aumento del riesgo de enfermedades crónicas. Estas consecuencias repercuten en todos los momentos del curso de la vida. Del mismo modo, según estudios el BPN aumenta 20 veces la probabilidad de muerte en los primeros años (Secretaría de Salud de Bogotá, 2009).

Se debe considerar que gran parte de los niños nacidos con esta condición presentan una edad gestacional por debajo de las 37 semanas; es decir, que son recién nacidos pretérminos. Se conoce que la prematuridad "menos extrema" se asocia a problemas de desarrollo cognitivo o de comportamiento y que varias hipótesis apuntan a los déficits neurológicos adquiridos al final del periodo de gestación extrauterina.

En Colombia, más del 60% de la mortalidad neonatal e infantil está relacionada con la prematuridad y el bajo peso al nacer (Instituto Nacional de Salud, 2020). En el país, durante el periodo entre 2014 a 2019, el BPN ha permanecido alrededor del 9% y en el año 2020 se reportó un incremento a 9.2%. En el caso de la mortalidad infantil en Colombia, el 62% está relacionada con la prematuridad y el BPN. En el primer semestre del 2020, la mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 12.1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2020), más de la mitad debida a la prematuridad o al bajo peso al nacer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

De allí la importancia de buscar estrategias para mejorar la calidad de atención de los niños y las niñas prematuros y/o con BPN para evitar no solo la muerte de los niños sino también mejorar la calidad de vida de los mismos en el corto y mediano plazo. En este sentido, y como se explicará en la sección 2.4, el Método Madre Canguro (MMC) es una intervención que no solo ha demostrado reducir las estadísticas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil, independientemente del origen socioeconómico de los padres; sino también es una estrategia que tiene un efecto positivo sobre la lactancia materna, el desarrollo neurológico y el peso y la estatura de los niños y niñas prematuros.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

En este sentido, la propuesta del presente Proyecto de Ley es permitir que todos los niños y niñas prematuros o con BPN que nacen en Colombia puedan acceder al Programa Madre Canguro que cuente con los estándares mínimos para mejorar su estado de salud, hacerles seguimientos a sus procesos de desarrollo y que también permita a los padres involucrarse y generar mayores lazos afectivos con sus hijos.

En un país como Colombia donde coexisten dos regímenes de salud, el régimen contributivo y el régimen subsidiado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que las acciones para la disminución de la tasa de mortalidad neonatal se enfoquen en:

1. La atención alrededor del nacimiento, con lo cual es posible salvar vidas tanto de madres como de recién nacidos, y evitar la muerte perinatal; 2. Intervenciones con alta relación costo/eficacia para las principales causas de muerte neonatal y 3. Asegurar la calidad de la atención, que importa tanto como la cobertura. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 21)

En este sentido, para reducir la mortalidad infantil es imprescindible mejorar la atención que se proporciona a las madres y a los recién nacidos independientemente del tipo de régimen de salud al cual pertenecen. Es necesario, por tanto, centrar los esfuerzos en reducir el número de muertes o complicaciones asociadas al BPN y a la prematuridad. Así, la mayoría de las complicaciones del periodo neonatal son prevenibles, controlables o tratables y están relacionadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal (OMS, 2021; World Health Organization & UNICEF, 2018).

El cuidado de las niñas y los niños prematuros (que son mucho más frágiles) sigue siendo costoso y se requiere de alternativas costo-efectivas. Una de ellas es el Método Madre Canguro (MMC), reconocido mundialmente como una herramienta accesible que permite reducir no solamente la mortalidad neonatal e infantil de los prematuros y niños con bajo peso al nacer, sino también mejorar la calidad de la sobrevivencia de estos niños frágiles (OMS, 2021; World Health Organization & UNICEF, 2018).

En Colombia existen actualmente 53 Programas Madre Canguro que tratan de seguir para su funcionamiento los Lineamientos Técnicos del Ministerio de Salud para la implementación de PMC, lineamientos que fueron actualizados en el año 2017 y la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social que adopta los Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP) y de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS).

Los lineamientos técnicos canguro para la implementación del Programa Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o con bajo peso al

nacer son de obligatorio cumplimiento¹, pero aun así la cobertura y el acceso son insuficientes y la comprensión de la obligatoriedad de cumplimiento de estos no ha sido satisfactoria, debido a que no existe un marco legal que induzca a procesos de vigilancia y control a su correcta implementación.

En Colombia, los PMC se enfrentan a diferentes dificultades, tal como fue expuesto en el Encuentro Madre Canguro, realizado en el mes de enero de 2020 en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. En este encuentro se planteó que:

- No existe una cobertura universal de acceso de los niños y niñas que han nacido prematuramente o con bajo peso al nacer al PMC. Esta deficiencia de cobertura refleja una brecha de inequidad que amenaza la supervivencia, la salud y el desarrollo de estos niños, con el consiguiente impacto personal, familiar y social potencialmente desfavorable. La deficiente cobertura se presenta por la no oferta de un PMC en un territorio o por la no contratación de un PMC por parte de las entidades aseguradoras de planes de beneficios (EAPB) de un territorio.
- Cuando existen, los PMC se prestan con distinta integralidad o suficiencia, dependiente del respaldo y de la voluntad de los directivos de las instituciones prestadoras de salud (IPS), lo que supone una fragilidad crítica para la sostenibilidad y la existencia del PMC.
- No existe un seguimiento adecuado de la implementación de los PMC por parte de las direcciones territoriales de salud (DTS) y también existe una comprensión fragmentada de la obligatoriedad de su implementación, lo que genera un vacío en la inspección, vigilancia y control de las EAPB y de las IPS públicas y privadas para garantizar la existencia y el funcionamiento adecuado del PMC, tal y como está descrito en la normatividad colombiana (Resolución 3280 de 2018).
- Se requiere un direccionamiento articulado de las principales entidades rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud), que muchas veces no mantiene canales de comunicación funcionales, continuos y que permitan modificar decisiones tomadas a la luz de la información emanada de la atención integral en salud. Por ejemplo, la prematuridad no es un evento de notificación obligatoria para el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), no se han realizado descripciones particulares para la atención ambulatoria de los niños y las niñas prematuros y/o con BPN en cuanto a estándares de infraestructura, de historia clínica, de talento humano de la norma de habilitación vigente; cuando se realiza, en

¹ Actualmente, la regulación de rutas integrales de atención en salud (RIAS) hace que los procedimientos y actividades se constituyan en las normas de obligatorio cumplimiento que deben ser realizadas por los integrantes del SGSSS, para el logro de los resultados en salud en las personas, familias y comunidades. Todos los procedimientos y actividades contemplados en la ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud (RIAPMS) hacen parte del componente primario de las redes integrales de prestación de servicios de salud y, por tanto, las EPS, EPSI y las entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, deberán garantizar la prestación de las mismas a través de su red (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

cada DTS se manejan discrecionalmente los parámetros para verificar la implementación del PMC (los definidos por los lineamientos vigentes vs. criterios propios o basados en la guía de atención al bajo peso al nacer del año 2000, que no se encuentra vigente).

Frente a las unidades de cuidado neonatal en el país, la Superintendencia Nacional de Salud, el 2 de diciembre del 2022, en respuesta al Derecho de Petición con Radicado N. 20221000001719251, presentó la siguiente información:

Según el registro especial de prestadores (REPS) en el país con corte a noviembre de 2022 se presentan en total 686 unidades de cuidado neonatal divididas en básicas, intermedias e intensivas.

Tabla 1. Unidades de cuidado neonatal en Colombia.

SERVICIO	NÚMERO DE UNIDADES
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	217
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	229
CUIDADO BÁSICO NEONATAL	240
TOTAL PAIS	686

Fuente: SNS – Elaborado a partir de SISPRO (Ministerio de Salud y Protección social). Fecha de extracción: 28/11/2022

Actualmente las unidades de cuidado neonatal se encuentran en las siguientes zonas del país: a excepción del departamento de Chocó que no reporta unidades de cuidado intensivo neonatal y el Distrito de Buenaventura que no cuenta con unidades de cuidado básico neonatal, las demás entidades territoriales relacionadas en la tabla presentan unidades de cuidado neonatal básico, intermedio e intensivo:

Tabla 2. Unidades de cuidado neonatal por zonas del país.

DEPARTAMENTO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADO INTERMEDIO O NEONATAL	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	TOTAL DEPARTAMENTO
ANTIOQUIA	15	15	18	48
ARAUCA	1	2	2	5
ATLÁNTICO	10	10	7	27
BARRANQUILLA	14	14	14	42
BOGOTÁ D.C	32	33	31	96
BOLIVAR	3	2	2	7
BOYACÁ	4	4	5	13
BUENAVENTURA	1	1		2
CALDAS	3	3	4	10
CALI	10	11	11	32
CAQUETÁ	2	2	2	6
CARTAGENA	11	11	11	33
CASANARE	1	2	2	5
CAUCA	4	4	4	12
CESAR	11	12	13	36
CHOCÓ		1	1	2
CÓRDOBA	12	13	13	38
CUNDINAMARCA	6	7	8	21
HUILA	5	5	5	15
LA GUAJIRA	9	9	13	31
MAGDALENA	2	2	4	8
META	5	5	5	15
NARIÑO	8	10	10	28
NORTE DE SANTANDER	5	6	5	16
PUTUMAYO	2	2	2	6
QUINDÍO	3	3	3	9
RISARALDA	4	4	4	12
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	1	1	1	3
SANTA MARTA	7	7	8	22
SANTANDER	8	9	12	29
SUCRE	7	7	7	21
TOLIMA	7	7	7	21
VALLE DEL CAUCA	4	5	6	15
TOTAL PAIS	217	229	240	686

Fuente: SNS – Elaborado a partir de SISPRO (Ministerio de Salud y Protección social). Fecha de extracción 28/11/2022

A continuación, se presenta la disponibilidad de las unidades de cuidado neonatal por Municipio:

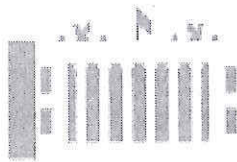
Tabla 3. Disponibilidad de unidades de cuidado neonatal por municipio:

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co



CONGRESO
DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA

AGMETH
REPRESENTANTE

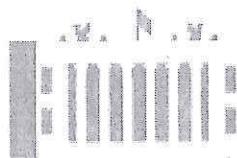
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	TOTAL
ANTIOQUIA	APARTADO	1	1	1	3
	CAUCASIA	1	1	1	3
	CHIGORODÓ	1	1	1	3
	COPACABANA			1	1
	ENVIGADO	1	1	1	3
	MEDELLÍN	10	10	11	31
	RIONEGRO	1	1	2	4
ARAUCA	ARAUCA	1	1	1	3
	SARAVENA		1	1	2
ATLÁNTICO	BARANOA	2	2		4
	LURUACO	1	1	1	3
	PUERTO COLOMBIA	1	1	1	3
	SABANALARGA	2	2	2	6
	SOLEDAD	4	4	3	11
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	14	14	14	42
BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ	32	33	31	96
BOLÍVAR	MAGANGÜE	3	2	2	7
	CHIQUINQUIRÁ			1	1
BOYACÁ	SOGAMOSO	1	1	1	3
	TUNJA	3	3	3	9
	BUENAVENTURA	BUENAVENTURA	1	1	
CALDAS	LA DORADA			1	1
	MANIZALES	3	3	3	9
CALI	CALI	10	11	11	32
CAQUETA	FLORENCIA	2	2	2	6
CARTAGENA	CARTAGENA	11	11	11	33

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

AGMETH
REPRESENTANTE

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	TOTAL
CASANARE	YOPAL	1	2	2	5
CAUCA	POPAYÁN	4	4	4	12
CESAR	AGUACHICA	1	2	2	5
	BOSCONIA	1	1	1	3
	CHIRIGUANÁ			1	1
	VALLEDUPAR	9	9	9	27
CHOCÓ	QUIBDÓ		1	1	2
	CERETÉ			1	1
CÓRDOBA	LÓRICA	2	2	3	7
	MONTERÍA	10	11	9	30
	CHÍA	1	2	2	5
CUNDINAMARCA	FACATATIVA	1	1	1	3
	GIRARDOT	2	2	2	6
	SOACHA	1	1	1	3
	ZIPAQUIRÁ	1	1	2	4
	GARZÓN	1	1	1	3
HUILA	NEIVA	4	4	4	12
	BARRANCAS			1	1
LA GUAJIRA	FONSECA			1	1
	MAICAO	2	2	3	7
	RIOHACHA	4	4	4	12
	SAN JUAN DEL CESAR	3	3	3	9
	VILLANUEVA			1	1
	CIÉNAGA	1	1	1	3
MAGDALENA	EL BANCO	1	1	1	3
	FUNDACIÓN			1	1
	PLATO			1	1
META	GRANADA	1	1	1	3
	VILLAVICENCIO	4	4	4	12
NARIÑO	IPIALES	2	2	2	6
	PASTO	6	7	7	20
	TUMACO		1	1	2
NORTE DE SANTANDER	CÚCUTA	4	5	4	13
	OCAÑA	1	1	1	3
PUTUMAYO	MOCOA	1	1	1	3
	PUERTO ASÍS	1	1	1	3
QUINDÍO	ARMENIA	3	3	3	9
RISARALDA	PEREIRA	4	4	4	12
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	SAN ANDRÉS	1	1	1	3
SANTA MARTA	SANTA MARTA	7	7	8	22
SANTANDER	BARRANCABEQUE	1	1	2	4
	BUCARAMANGA	3	3	4	10
	FLORIDABLANCA	2	2	2	6
	MÁLAGA			1	1
	PIEDECUESTA		1	1	2
	SOCORRO	2	2	2	6
	COROZAL			1	1
SUCRE	SINCELEJO	7	7	6	20
TOLIMA	ESPINAL	1	1	1	3

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	TOTAL
VALLE DEL CAUCA	IBAGÜE	5	5	5	15
	LÍBANO	1	1	1	3
	CAICEDONIA			1	1
	CARTAGO		1		1
	GUADALAJARA DE BUGA	1	1	1	3
	PALMIRA	2	2	2	6
	TULUA	1	1	2	4
TOTAL		217	229	240	686

Fuente: SNS – Elaborado a partir de SISPRO (Ministerio de Salud y Protección social). Fecha de extracción 28/11/2022

Según la información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud, frente a estas unidades de cuidado neonatales y de acuerdo con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto al PMC las EAPB – EPS son las responsables de establecer la red de prestación de servicios de salud. En este sentido, cuentan con el rol de direccionar a los pacientes a las IPS que tienen el PMC y deben garantizar desde la auditoría a su red de prestadores, el cumplimiento al Protocolo de manejo del prematuro en programa canguro, con base en los Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

En este sentido, uno de los requisitos para la implementación del PMC es que el prestador de servicios de salud tenga habilitado el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, por lo tanto, sólo las 217 IPS que prestan el servicio, referidas en las **Tabla 1**, **Tabla 2** y **Tabla 3**, están en la capacidad de implementar el PMC, y en este sentido los neonatos que requieren el servicio deben ser remitidos por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia en todo el territorio nacional a esas UCI neonatales.

De acuerdo a la Superintendencia Nacional de Salud, uno de los requisitos para la implementación del PMC es que el prestador de servicios de salud tenga habilitado el servicio de Unidad de cuidado intensivo neonatal, por lo tanto, no puede ser superior a las 217 IPS que prestan ese servicio.

Frente al PMC, la Superintendencia Nacional de Salud expresó que no cuenta con estadísticas que demuestren si el PMC es más beneficioso o no para el neonato; sin embargo, admitió que la literatura científica indica que el PMC es más beneficioso para la salud del neonato, toda vez que la incubadora incrementa la posible presencia de infecciones asociadas a la atención en salud, es decir, el PMC reduce la probabilidad de incidentes y eventos adversos en la atención en salud.

Desde la Supersalud se informó que no se cuenta con información específica que demuestre qué forma o servicio para la atención es más económica para el prestador y el Sistema de Salud, al tener en cuenta el PMC. Pese a esto, la Supersalud en el Derecho de Petición mencionado admitió que, teóricamente y en función de la inversión en equipos biomédicos para las salas de neonatos y toda vez que la incubadora requiere servicios

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904030 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

intrahospitalarios con su respectiva interdependencia, el PMC debería ser más económico porque cuenta con modalidad extrahospitalaria y/o ambulatoria que además permiten que el neonato tenga respuesta positiva gracias al contacto piel a piel con sus padres y/o cuidadores.

En esta misma respuesta al Derecho de Petición (2022) la Supersalud mencionó que:

De conformidad con el documento “Actualización de los lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro en Colombia con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o bajo peso al nacer del Ministerio de Salud de noviembre de 2017”, se conoce que en el PMC a cargo de las IPS y Aseguradoras existen problemáticas importantes a tener en cuenta en lo referente a la garantía de la salud integral, tales como:

- Falta de talento humano capacitado para la implementación del PMC.
- Falta de recursos para adecuaciones específicas en la Infraestructura que debe cumplir con los criterios para la implementación del programa de PMC.
- Falta de adherencia de los responsables del neonato como los padres y/o cuidadores en cuanto a las técnicas específicas para la posición canguro, alimentación, nutrición, controles periódicos en el seguimiento del PMC y recomendaciones generales.
- Falta de seguimiento y oportunidad en las interconsultas por parte del personal médico especializado y multidisciplinario.
- Falta de seguimiento por parte del personal multidisciplinario
- Falta de apoyo socioeconómico a los padres y/o cuidadores del neonato.
- Inoportunidad por el aseguramiento (autorizaciones, barreras de acceso, etc.), para la toma de las pruebas de tamizaje en los neonatos como: oftalmología, ecografía cerebral, valoración audiológica, radiografía y/o ecografía de caderas, entre otros, y
- Falta de apoyo administrativo.

Estas problemáticas mencionadas aumentan la preocupación y resaltan la importancia de la creación de este Proyecto de Ley.

Por otra parte, a partir de un análisis de información recolectada por la Fundación Canguro en el 2020, con estos programas, se identificó la capacidad de acceso en las principales ciudades del país, en donde existe un Programa Canguro, que se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Capacidad de acceso de neonatos prematuros al Método Madre Canguro

Departamento	Ciudad	# habitantes	# nacimientos	Candidatos al MMC	# corregido (calculando una mortalidad de 10% para los niños de	Total, niños con acceso al MMC	% acceso

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

					menos de <2000 g)		
Antioquia	Medellín	3.800.000	57.490	5618	5056,2	4803	95%
	Rionegro	116.400	1.472	829	746,1	600	80%
	Turbo	163.525	1.472	265	238,5	200	84%
	Yarumal	48.556	541	192	172,8	91	53%
Atlántico	Barranquilla	2.400.000	24.293	2072	1864,8	700	38%
Cundinamarca	Bogotá	7.100.000	87.191	11749	10574,1	10236	97%
	Fusagasugá	139.800	1.580	541	486,9	320	66%
	Facatativá	137.000	1.979	346	311,4	210	67%
	Zipaquirá	126.400	1.902	501	450,9	360	80%
Bolívar	Cartagena	1.300.000	29.847	2749	2474,1	1682	68%
Boyacá	Tunja	188.340	2.376	886	797,4	396	50%
	Sogamoso	233.154	3.087	440	396	289	73%
Cauca	Popayán	277.270	7.031	605	544,5	359	66%
Caldas	Manizales	368.433	6.025	491	441,9	250	57%
Caquetá	Florencia	156.789	3.317	529	476,1	250	53%
Casanare	Yopal	156.942	4.678	379	341,1	200	59%
Cesar	Valledupar	459.349	9.816	794	714,6	130	18%
Chocó	Quibdó	120.679	5.042	529	476,1	221	46%

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

Córdoba	Montería	433.723	16.210	1390	1251	828	66%
Huila	Neiva	314.526	11.051	744	669,6	450	67%
Meta	Villavicencio	451.212	11.576	708	637,2	509	80%
Norte de Santander	Cúcuta	668.996	18.514	862	775,8	429	55%
Nariño	Pasto	440.000	10.291	988	889,2	500	56%
Risaralda	Pereira	428.397	4.835	400	360	200	56%
Santander	Bucaramanga	2.000.000	22.924	1698	1528,2	1020	67%
Tolima	Ibagué	553.526	11.907	825	742,5	630	85%
Valle del Cauca	Cali	2.400.000	24.877	2224	2001,6	1015	51%

Fuente: Elaboración de la Fundación Canguro, a partir de información recolectada en 53 Programas Canguro del país. 2020.

Precisamente, con este Proyecto de Ley se busca dar respuesta a estas dificultades y las barreras que se han encontrado en la implementación del Programa Madre Canguro en todo el territorio nacional, no solo asegurando una cobertura universal para los niños y niñas prematuros, sino la calidad de los servicios que se les ofrecen y el seguimiento continuo. Adicionalmente, se contempla que esta es una intervención costo-efectiva, en comparación con otro tipo de intervenciones para la atención de neonatos prematuros y/o BPN, considerando la complejidad de la atención que esta significa.

Frente a esto último, es posible afirmar que estudios internacionales en países como España (Sociedad Española de Neonatología [SENeo], 2017) y Francia, han demostrado que las atenciones en forma individual y no dentro de un programa especial son muy costosas, por lo cual han tenido que disminuir la cobertura a solo los menores de 1.500 gramos y los menores de 32 semanas, cuando se sabe que todos los menores de 37 semanas y menores de 2.500 gramos deben ser seguidos. En este sentido, un trabajo de grado respaldado por el Proyecto Capstone y por la Fundación Canguro (Cera et al., 2021), realizó un análisis minucioso desde diferentes perspectivas al Programa Madre Canguro y su manejo de los costos sobre cada paciente, en donde se pudo concluir que el programa

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

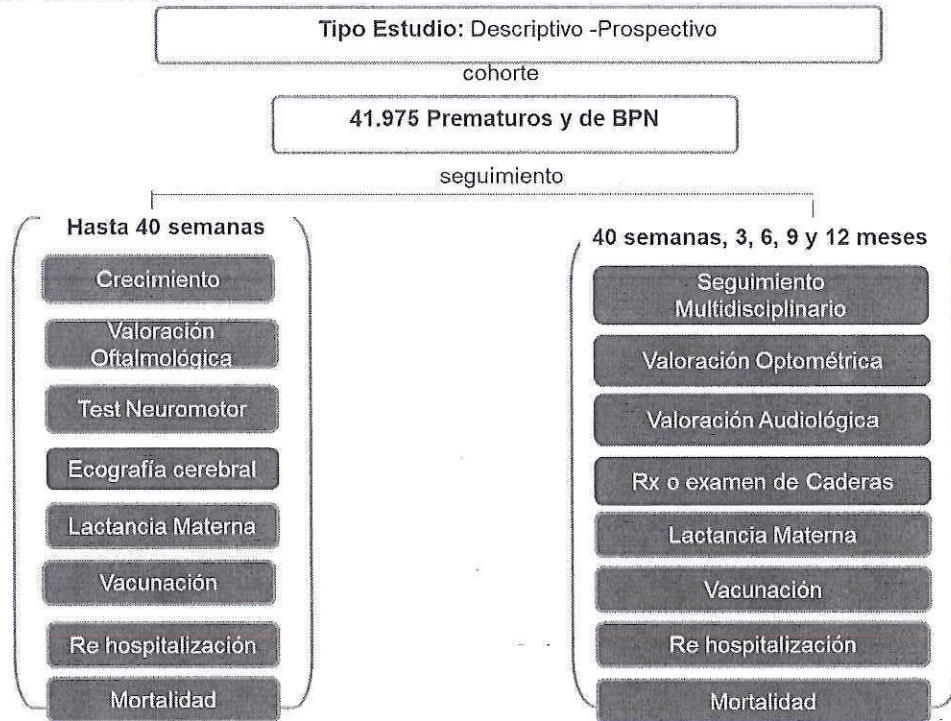
Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

es costo-eficiente para las medidas de peso, talla y el perímetro cefálico de los niños, para el periodo de análisis entre el 2013 y el 2018.

Este y otros análisis adelantados en la materia, han permitido identificar que, como programa especial, el Programa Madre Canguro permite a las familias canguro y a sus neonatos prematuros o de BPN tener en un mismo lugar todo lo indicado en los lineamientos técnicos para la implementación del PMC en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social, asegurando una deserción más baja y una satisfacción de los pacientes. Para el país, es una manera de asegurar que se está haciendo el mínimo con calidad para evitar complicaciones y costos en el futuro de estos niños, y para servicios de rehabilitación y de asistencia social.

Figura 1. El seguimiento ambulatorio en los PMC según los Lineamientos Técnicos Canguro del MinSalud



Fuente. Conferencia Dra. Nathalie Charpak “Organización para la excelencia en salud”, Cartagena, noviembre 2020 (inédito).

En síntesis, dar acceso al MMC a 100% de los niños candidatos a ser tratados con MMC es una estrategia para reducir la mortalidad neonatal e infantil en Colombia, además de ser una forma de disminuir la morbilidad y lograr una intervención temprana para la mejor calidad de vida de estos niños en el corto y mediano plazo.

Método Madre Canguro como herramienta costo-eficiente para la reducción de los índices de morbilidad

Para reducir la mortalidad infantil es imprescindible mejorar la atención que se proporciona a las madres y a los recién nacidos. Es necesario centrar los esfuerzos en reducir el número de muertes o complicaciones asociadas al bajo peso al nacer y a la prematuridad. Así, la mayoría de las complicaciones del periodo neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal (OMS, 2021; World Health Organization & UNICEF, 2018).

En consecuencia, el Método Madre Canguro es reconocido mundialmente como una herramienta accesible que permite reducir no solamente la mortalidad neonatal e infantil de los prematuros y niños de bajo peso al nacer, sino también mejorar la calidad de la sobrevivencia de estos niños frágiles (OMS, 2021; World Health Organization & UNICEF, 2018).

El cuidado de las niñas y los niños prematuros (que son mucho más frágiles) sigue siendo costoso y se requiere de alternativas costo-efectivas. Una de ellas es el Método Madre Canguro (MMC), técnica de cuidado del recién nacido prematuro y de BPN basada en:

- 1) la Posición Canguro o contacto piel a piel directo entre el niño y su madre 24 horas al día una vez el niño se encuentre estable, 2) la lactancia materna exclusiva si es posible y 3) la salida temprana a casa en posición canguro con un seguimiento ambulatorio estricto al menos durante su primer año de vida [incluso hasta los dos primeros años de vida]. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 13)

Por su parte, los PMC tienen dos componentes: uno intrahospitalario desde la sala de parto hasta la salida del niño, incluyendo el alojamiento obstétrico, la unidad neonatal y la unidad de cuidados intensivos; y un componente ambulatorio. Todas las instituciones que atienden partos y atención neonatal deben tener un PMC intrahospitalario estructurado, según los lineamientos técnicos canguro del Ministerio de Salud y Protección Social vigentes. El PMC ambulatorio se crea como una unidad de atención centralizada para varios hospitales o IPS para tener un número de pacientes suficientes para ser costo efectivo.

Colombia es pionera en la implementación del PMC y ha obtenido excelentes resultados en la atención oportuna de la madre y el recién nacido. Con ello, se contribuye al logro en la reducción de la morbilidad neonatal en el país. El programa también propende un entorno favorable de protección, estímulo y unión que fortalezca el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

Beneficios del Programa Madre Canguro

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

El programa madre canguro (PMC) es el mejor aporte de Colombia a la salud pública mundial en 50 años, reconocimiento que se realizó en el marco del XV Congreso Mundial de Salud Pública en Melbourne, Australia, 2017. “Es la estrategia de oro en el manejo ambulatorio de los recién nacidos prematuros en Colombia (...) La salida precoz en posición canguro con lactancia materna permite disminuir el tiempo de hospitalización, las infecciones severas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 2); mejorar la tasa de lactancia materna disminuye la morbilidad en esta población y empodera a la madre en los cuidados adecuados con su hijo (Charpak et al., 2020).

En una base de datos no publicada de más de 40.000 niños prematuros o de BPN, la Fundación Canguro ha hecho un monitoreo continuo de estos niños, seguidos en tres PMC, centros de excelencia en MMC (Hospital San Ignacio, Hospital Infantil San José en Bogotá y Programa Canguro Madre Integral en Medellín), que siguen los lineamientos técnicos canguro vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social. La **Tabla 5** muestra los resultados de seguimiento en una cohorte de 41.975 niños prematuros o de BPN seguidos hasta la edad de 12 meses de edad corregida (se corrige la edad por las semanas de prematuridad) en tres PMC de 2001 a 2019 según los diferentes tipos de aseguramiento en salud.

La deserción de los niños fue de menos del 10% hasta la fase uno del seguimiento (cuando cumplen la edad de 40 semanas de edad gestacional o el término) y de 20% hasta la edad de 12 meses corregido. La mortalidad cuando los niños cumplen la edad de 40 semanas (término normal de un embarazo) o 12 meses de edad corregida, no muestra diferencia según los diferentes niveles socioeconómicos.

Tabla 5. Resultados de seguimiento en 41.975 niños prematuros o con BPN, 2001-2019

Variables evaluadas	Régimen contributivo sin PAC*		Régimen contributivo con PAC		Régimen subsidiado 12.086 (28,8%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Peso al nacer <1000 gramos	754	3.0	214	4.5	338	2.8
Ingreso a UCI	10.208	40.6	1.984	41.8	5.040	41.7
Ventilación mecánica	8.146	32.4	1.429	30.1	1.885	15.6
Infección nosocomial	1.157	4.6	266	5.6	653	5.4

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

Mortalidad a las 40 semanas	101	0.4	9	0.2	36	0.3
Mortalidad acumulada a los 12 meses	201	0.8	19	0.4	109	0.9
Reingreso acumulado hasta 12 meses	4.174	16.6	764	16.1	3.614	29.9
Lactancia artificial exclusiva a 12 meses	3.921	33.8	701	30.4	3.450	58.3
Lactancia materna mixta a los 12 meses	10.796	66.8	2.496	52.6	6.913	57.2
Retinopatía de la prematuridad	1.006	4.0	152	3.2	254	2.1
Alteración en el desarrollo neurológico	1.835	7.3	489	10.3	1.934	16.0
Desarrollo psicomotor a los 12 meses (normal)	20.768	82.6	4.001	84.3	7.856	65
Edad de la madre (adolescente)	2.112	8.4	195	4.1	3.324	27.5
Educación de la madre (técnica, profesional, posgrado)	11.968	47.6	2.881	60.7	592	4.9

*PAC: Plan de Atención Complementaria.

Fuente. Fundación Canguro. (2020)

Con el Programa Madre Canguro no solo se han encontrado resultados en el corto plazo para incrementar el peso y la talla de los recién nacidos, disminuir la tasa de mortalidad neonatal e infantil, y disminuir las infecciones que pueden sufrir. Adicionalmente, en el mediano plazo de la intervención, se encontró que el PMC tuvo efectos protectores sociales y conductuales significativos y duraderos, incluso dos décadas después (Chapak et al., 2017). Los efectos sobre el coeficiente intelectual y el entorno del hogar todavía estaban presentes, de hecho, los padres canguros “fueron más protectores y cariñosos, lo que se refleja en la reducción del ausentismo escolar y la reducción de la hiperactividad, la agresividad, la externalización y la desviación social, conducta de los adultos jóvenes” (Chapak et al., 2017).

4. Causales de impedimento

De conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

pueda encontrar". Y de acuerdo con el artículo 182 de la Constitución Política, en el cual se establece que "Los congresistas deberán poner en conocimiento de la respectiva Cámara las situaciones de carácter moral o económico que los inhabitan para participar en el trámite de los asuntos sometidos a su consideración". En este acápite planteamos que frente a los posibles impedimentos que se pudieren presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función legislativa, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.
- b. Que un beneficio particular es aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
- c. Que un beneficio actual es aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión
- d. Que un beneficio directo es aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

En consecuencia, de encontrar sospecha sobre un posible conflicto de intereses será necesario acudir al artículo 286 de la Ley 5 de 1992 modificado por el artículo 1 de la ley 2003 de 2019 en el cual se establece el régimen de conflicto de interés de los congresistas.

Sin embargo, consideramos que en la discusión y aprobación no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés, dado que se otorgan beneficios o cargos de carácter general. Al respecto el Consejo de Estado en la Sentencia del 5 de agosto de 2003 insistió en que el conflicto de intereses ocurre cuando el beneficio obtenido por el congresista con la aprobación del proyecto de ley no pueda ser catalogado como general, sino de carácter "particular, directo e inmediato". De manera que, el interés del congresista también puede coincidir y fusionarse con los intereses de los electores, y el presente proyecto es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

5. Proposición

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presentamos **ponencia positiva** y se solicita a los Honorables Representantes que integran la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley número 317 de 2022 Cámara "Por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al programa madre canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer".


Cordialmente,



AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO
Representante a la Cámara
Pacto Histórico



JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Centro Democrático



KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR
Representante a la Cámara
CITREP 16

6. Pliego de modificaciones

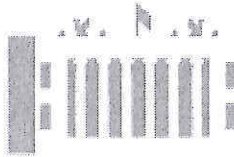
Texto original	Texto propuesto para Primer Debate	Justificación
<p>“Por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al programa madre canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer.”</p>	<p>“Por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al programa madre canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer.”</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Capítulo I Disposiciones Generales</p>	<p>Capítulo I Disposiciones Generales</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto dictar las disposiciones que permitan garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al Programa Madre Canguro, como una estrategia para asegurar los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer (BPN) en Colombia.</p>	<p>Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto dictar las disposiciones que permitan garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al Programa Madre Canguro, como una estrategia para asegurar los derechos <u>fundamentales prevalentes</u> a la salud y a la vida de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer (BPN) en Colombia.</p>	<p>Se modifica la redacción</p>
<p>Artículo 2. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se entenderá por:</p> <p>a) Prematuridad: Estado que define el</p>	<p>Artículo 2. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se entenderá por:</p> <p>a) Prematuridad: Estado que define el acto de nacer antes de la semana 37 del período de</p>	<p>Sin modificaciones</p>

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co



<p>acto de nacer antes de la semana 37 del período de gestación, independiente del peso.</p> <p>b) Niño de bajo peso al nacer (BPN): Es el niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos independiente de la edad gestacional.</p> <p>c) Programa Madre Canguro (PMC), también conocido como Programa Familia Canguro (PFC): es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención siguiendo el Método Madre Canguro, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.</p> <p>d) El Método Madre Canguro (MMC) es un sistema de cuidados del niño o niña prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el contacto piel a piel</p>	<p>gestación, independiente del peso.</p> <p>b) Niño de bajo peso al nacer (BPN): Es el niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos independiente de la edad gestacional.</p> <p>c) Programa Madre Canguro (PMC), también conocido como Programa Familia Canguro (PFC): es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención siguiendo el Método Madre Canguro, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.</p> <p>d) El Método Madre Canguro (MMC) es un sistema de cuidados del niño o niña prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer y su familia, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida. El MMC busca empoderar a la madre, a los padres o cuidadores, y transferir gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser quien cuide de manera primaria de su infante, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.</p>	
--	---	--

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

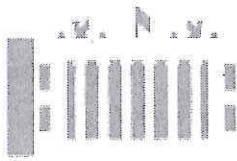
<p>entre el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer y su familia, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida. El MMC busca empoderar a la madre, a los padres o cuidadores, y transferir gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser quien cuide de manera primaria de su infante, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.</p>		
<p>Artículo 3. Acceso universal y obligatorio al Programa Madre Canguro. El acceso al Programa Madre Canguro de calidad para beneficio de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer, será obligatorio con el fin de asegurar el acceso eficaz y universal, que permita garantizar una atención integral, de forma continua y de calidad, en concordancia con los principios del Sistema General de Seguridad Social en salud.</p>	<p>Artículo 3. Acceso universal y obligatorio al Programa Madre Canguro. El acceso al Programa Madre Canguro de calidad para beneficio de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer, será obligatorio con el fin de asegurar el acceso eficaz y universal, que permita garantizar una atención integral, de forma continua y de calidad, en concordancia con los principios del Sistema General de Seguridad Social en salud.</p>	<p>Sin modificaciones</p>

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

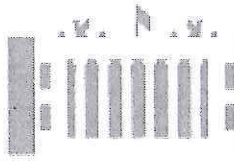
Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co



<p>Artículo 4. Garantía de acceso. Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado, deberán garantizar que los niños y niñas prematuros y/o BPN, accedan al Programa Madre Canguro que cumpla con los estándares de calidad dispuestos en los diferentes lineamientos, guías técnicas y disposiciones legales, que den cuenta de una correcta implementación del Método Madre Canguro. El personal médico y las instituciones de naturaleza pública o privada, con independencia de su naturaleza jurídica, que obstaculicen y/o nieguen la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro serán sancionados penal y disciplinariamente.</p>	<p>Artículo 4. Garantía de acceso. Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado, deberán garantizar que los niños y niñas prematuros y/o BPN bajo peso al nacer, accedan al Programa Madre Canguro que cumpla con los estándares de calidad dispuestos en los diferentes lineamientos, guías técnicas y disposiciones legales, que den cuenta de una correcta implementación del Método Madre Canguro. El personal médico y las instituciones de naturaleza pública o privada, con independencia de su naturaleza jurídica, que obstaculicen y/o nieguen la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro serán sancionados penal y disciplinariamente.</p>	<p>Se modifica la redacción</p>
<p>Artículo 5. Promoción del Programa Madre Canguro. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la promoción, creación, fortalecimiento e implementación obligatoria del Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, según los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.</p>	<p>Artículo 5. Promoción del Programa Madre Canguro. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la promoción, creación, fortalecimiento e implementación obligatoria del Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, según los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 6. Guías de práctica clínica. El Ministerio de Salud y</p>	<p>Artículo 6. Guías de práctica clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar, actualizar y</p>	



<p>Protección Social deberá realizar, actualizar y emitir guías de práctica clínica para la implementación de calidad del Método Madre Canguro en las diferentes prestadoras de salud, así como en las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado.</p>	<p>emitir guías de práctica clínica para la implementación de calidad del Método Madre Canguro en las diferentes prestadoras de salud, así como en las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado.</p>	
<p>Artículo 7. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. Con el fin de regular la prestación del servicio de salud en el Programa Madre Canguro, el Ministerio de Salud y Prestación Social, de acuerdo a sus funciones, establecerá:</p> <p>a. Los lineamientos para que el Programa Madre Canguro se adapte a las necesidades del territorio nacional y sus diversidades, teniendo en cuenta los criterios y la autonomía del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).</p> <p>b. Los requisitos y el procedimiento para garantizar el funcionamiento integral del Programa Madre Canguro teniendo en cuenta criterios poblacionales,</p>	<p>Artículo 7. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. Con el fin de regular la prestación del servicio de salud en el Programa Madre Canguro, el Ministerio de Salud y Prestación Social, de acuerdo a sus funciones, establecerá:</p> <p>a. Los lineamientos para que el Programa Madre Canguro se adapte a las necesidades del territorio nacional y sus diversidades, teniendo en cuenta los criterios y la autonomía del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).</p> <p>b. Los requisitos y el procedimiento para garantizar el funcionamiento integral del Programa Madre Canguro teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros y socioeconómicos.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Prestación Social reglamentará lo dispuesto en la presente Ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	<p>Se elimina parágrafo ya que la obligación es inmediata y no es necesario poner periodo de aplicación en este artículo.</p>

<p>epidemiológicos, financieros y socioeconómicos.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Prestación Social reglamentará lo dispuesto en la presente Ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>		
<p>Artículo 8. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. La Superintendencia Nacional de Salud realizará las funciones de vigilancia y control del Programa Madre Canguro, en aras de garantizar que este se desarrolle en condiciones de calidad conforme las guías, los lineamientos y la evidencia científica aportada.</p> <p>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	<p>Artículo 8. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. La Superintendencia Nacional de Salud realizará las funciones de vigilancia y control del Programa Madre Canguro, en aras de garantizar que este se desarrolle en condiciones de calidad conforme las guías, los lineamientos y la evidencia científica aportada.</p> <p>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	<p>Se elimina parágrafo ya que la obligación es inmediata y no es necesario poner periodo de aplicación en este artículo.</p>
<p><u>Artículo Nuevo.</u></p>	<p><u>Artículo 9. El Ministerio de Salud y Prestación Social reglamentará lo dispuesto en la presente Ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia.</u></p>	<p>Se agrega artículo para referir los términos de reglamentación</p>

<p>Artículo 9. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente ley, serán aplicables en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de forma directa o indirecta en la prestación del Programa Madre Canguro.</p>	<p>Artículo 9 <u>10</u>. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente ley, serán aplicables en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de forma directa o indirecta en la prestación del Programa Madre Canguro.</p>	<p>Modificación de orden numérico</p>
<p>Artículo 10. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 10 <u>11</u>. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Modificación de orden numérico</p>

7. Texto propuesto para primer debate

PROYECTO DE LEY No 317 DE 2022

“Por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al Programa Madre Canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Capítulo I Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto dictar las disposiciones que permitan garantizar el acceso universal y obligatorio, en todo el territorio nacional, al Programa Madre Canguro, como una estrategia para asegurar los derechos prevalentes a la salud y a la vida de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer (BPN) en Colombia.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co

Artículo 2. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se entenderá por:

- a) **Prematuridad:** Estado que define el acto de nacer antes de la semana 37 del período de gestación, independiente del peso.
- b) **Niño de bajo peso al nacer (BPN):** Es el niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos independiente de la edad gestacional.
- c) **Programa Madre Canguro (PMC), también conocido como Programa Familia Canguro (PFC):** es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención siguiendo el Método Madre Canguro, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.
- d) **El Método Madre Canguro (MMC)** es un sistema de cuidados del niño o niña prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado, basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer y su familia, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida. El MMC busca empoderar a la madre, a los padres o cuidadores, y transferir gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser quien cuide de manera primaria de su infante, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

Artículo 3. Acceso universal y obligatorio al Programa Madre Canguro. El acceso al Programa Madre Canguro de calidad para beneficio de los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer, será obligatorio con el fin de asegurar el acceso eficaz y universal, que permita garantizar una atención integral, de forma continua y de calidad, en concordancia con los principios del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Parágrafo. Las características y disposiciones para la implementación del Programa Madre Canguro se encuentran reglamentadas mediante las orientaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los Lineamientos Técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer.

Artículo 4. Garantía de acceso. Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado, deberán garantizar que los niños y niñas prematuros y/o bajo peso al nacer, accedan al Programa Madre Canguro que cumpla con los estándares de calidad dispuestos en los diferentes lineamientos, guías técnicas y disposiciones legales, que den cuenta de una correcta implementación del Método Madre Canguro. El personal médico y las instituciones de naturaleza pública o privada, con independencia de su naturaleza jurídica, que obstaculicen y/o nieguen la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro serán sancionados penal y disciplinariamente.

Artículo 5. Promoción del Programa Madre Canguro. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la promoción, creación, fortalecimiento e implementación obligatoria del

Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, según los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.

Artículo 6. Guías de práctica clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar, actualizar y emitir guías de práctica clínica para la implementación de calidad del Método Madre Canguro en las diferentes prestadoras de salud, así como en las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Artículo 7. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. Con el fin de regular la prestación del servicio de salud en el Programa Madre Canguro, el Ministerio de Salud y Prestación Social, de acuerdo a sus funciones, establecerá:

- a. Los lineamientos para que el Programa Madre Canguro se adapte a las necesidades del territorio nacional y sus diversidades, teniendo en cuenta los criterios y la autonomía del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).
- b. Los requisitos y el procedimiento para garantizar el funcionamiento integral del Programa Madre Canguro teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros y socioeconómicos.

Artículo 8. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro. La Superintendencia Nacional de Salud realizará las funciones de vigilancia y control del Programa Madre Canguro, en aras de garantizar que este se desarrolle en condiciones de calidad conforme las guías, los lineamientos y la evidencia científica aportada.

Artículo 9. Periodo de reglamentación. El Ministerio de Salud y Prestación Social reglamentará lo dispuesto en la presente Ley en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia.

Artículo 10. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente ley, serán aplicables en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de forma directa o indirecta en la prestación del Programa Madre Canguro.

Artículo 11. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

Representante a la Cámara
Pacto Histórico



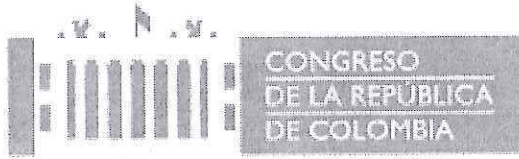
AGMETH JOSE ESCAF TIJERINO

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co



AGMETH
REPRESENTANTE

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara
Centro Democrático

KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR
Representante a la Cámara
CITREP 16

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Bogotá D.C., Edificio Nuevo del Congreso, Carrera 7 N° 8 – 68, Oficina 337B

Teléfono (601) 3904050 – ext. 3190

agmeth.escaf@camara.gov.co