

# PONENCIAS

## INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 295 DE 2024 SENADO, 119 DE 2023 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.*

<p>Bogotá, D.C., 3 de junio de 2024.</p> <p>Honorable <b>MESA DIRECTIVA</b> COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE SENADO DEL REPÚBLICA</p> <p>Doctor <b>PRAXERE JOSÉ OSPINO REY</b> SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE SENADO DE LA REPÚBLICA.</p> <p><b>Referencia:</b> Informe de ponencia para primer debate en el Senado de la República del Proyecto de Ley No. 295/2024 Senado, 119/2023 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".</p> <p>Honorable Mesa Directiva y Secretario.</p> <p>Atendiendo la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir informe de ponencia <b>POSITIVA</b> para primer debate ante la Comisión Séptima del Senado de la República del Proyecto de Ley No. 295/2024 Senado, 119/2023 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".</p> <p><b>Cordialmente,</b></p>  <p><b>MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ</b> Senadora de la República Coordinadora Ponente</p>	<p style="text-align: center;"><b>INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DE SENADO</b> Proyecto de Ley No. 295/2024 Senado, 119/2023 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".</p> <p>La presente ponencia se estructura y consta de los siguientes acápite:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes y trámite del proyecto de ley</li> <li>2. Objeto del proyecto</li> <li>3. Contenido del proyecto de ley</li> <li>4. Justificación del proyecto de ley</li> <li>5. Marco constitucional, legal y jurisprudencial</li> <li>6. Consideraciones de la ponente</li> <li>7. Impacto Fiscal</li> <li>8. Pliego de modificaciones</li> <li>9. Conflicto de intereses</li> <li>10. Proposición</li> <li>11. Texto propuesto para primer debate.</li> </ol> <p><b>1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY.</b></p> <p>La presente iniciativa legislativa fue radicada ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el día 08 de agosto de 2023, con autoría de los congresistas: H.R. Agmeth José Escaf Tijerino, H.S. Martha Isabel Peralta Epiéyú, H.R. Leider Alexandra Vásquez Ochoa, H.R. Carmen Felisa Ramírez Boscán, H.R. Susana Gómez Castaño, H.R. Alirio Uribe Muñoz, H.R. Luz María Múnera Medina, H.R. Ingrid Johana Aguirre Juvinao, H.R. Leyla Marleny Rincón Trujillo, H.R. Etna Tamara Argote Calderón, H.R. Erick Adrián Velasco Burbano, H.R. Gloria Elena Arizabaleta Corral, H.R. Jorge Andrés Cancimance López, H.R. Gabriel Ernesto Parrado Durán, H.R. Eduard Giovanni Sarmiento Hidalgo, H.R. José Alberto Tejada Echeverry, H.R. Alfredo Mondragón Garzón, H.R. Ermes Evelio Pete Vivas, H.R. Erika Tatiana Sánchez Pinto, H.R. Andrés David Calle Aguas, H.R. Gabriel Becerra Yañez, H.R. David Ricardo Racero Mayorca y el H.R. Jorge Hernán Bastidas Rosero.</p> <p>El día 05 de septiembre de 2023, se designó para rendir ponencia en primer debate ante la Comisión VII Constitucional de Cámara de Representantes a los H.R. Agmeth José Escaf Tijerino (coordinador ponente), Juan Felipe Corzo Álvarez (ponente) y Karen Juliana López Salazar (ponente). Informe de ponencia que fue aprobado el 10 de noviembre del 2023.</p> <p>El 01 de noviembre del 2023, se designó para rendir ponencia en segundo debate ante la Plenaria Cámara de Representantes a los H.R. Agmeth José Escaf Tijerino (coordinador</p>
<p>ponente), Juan Felipe Corzo Álvarez (ponente) y Karen Juliana López Salazar (ponente). Informe de ponencia que fue aprobado el 30 de abril de 2024.</p> <p>Surtido su trámite en la Cámara de Representantes, el Proyecto de Ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, cuya Mesa Directiva designó como ponente única, mediante oficio CSP-CS-0739-2024 del 22 de mayo de 2024, a la suscrita senadora, Martha Isabel Peralta Epiéyú,</p> <p><b>2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.</b></p> <p>El objetivo del proyecto de ley es dictar 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><b>3. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY.</b></p> <p>El proyecto de ley aprobado en Cámara consta de catorce (14) artículos, tres (3) de los cuales son nuevos, y se compone de la siguiente manera:</p> <p><b>Artículo 1. Objeto de la ley</b> <b>Artículo 2. Definiciones.</b> <b>Artículo 3. Acceso universal y obligatorio al Programa Madre Canguro.</b> <b>Artículo 4. Garantía de acceso.</b> <b>Artículo 5. Promoción del Programa Madre Canguro.</b> <b>Artículo 6. Guías de práctica clínica.</b> <b>Artículo 7. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> <b>Artículo 8. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> <b>Artículo 9. Periodo de reglamentación.</b> <b>Artículo 10. Ámbito de aplicación.</b> <b>Artículo 11. (Nuevo)</b> <b>Artículo 12. (Nuevo)</b> <b>Artículo 13. (Nuevo)</b> <b>Artículo 14. Vigencia y derogatorias.</b></p> <p><b>4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p>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</p>	<p>en la garantía del mencionado derecho fundamental, derechos que, aunque incluidos en disposiciones legales, son insuficientes o débiles en su obligatoriedad.</p> <p>Asimismo, no existe un mecanismo de respaldo institucional que obligue al cumplimiento de unos cuidados mínimos en la atención integral en salud para 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, ya que 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.</p> <p>Es prudente recalcar que, si bien esta población representa solamente el 10% de los partos, resulta 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] &amp; 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.</p> <p>En este sentido, se hace evidente la necesidad de contar con un marco jurídico y normativo que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Garantice el acceso al Programa Madre Canguro a la población de neonatos prematuros y/o con bajo peso al nacer (BPN), conforme a sus necesidades y riesgos especiales.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <p>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 niñas nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer (BPN). Lo anterior se logrará a través de la implementación obligatoria del Programa Madre Canguro (PMC) en todo el territorio nacional, como una estrategia</p>

<p>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. Asimismo, se pretende reforzar la obligatoriedad de la atención integral en salud del prematuro y del niño con BPN mediante la garantía del acceso a un PMC que cumpla con los estándares mínimos de calidad.</p> <p>En este sentido, se espera que este proyecto de ley otorgue un respaldo normativo especial para los recién nacidos prematuros o con BPN. Para ello, es de vital importancia contar con un instrumento legal adicional, claro, conciso y que no dé espacio a una aplicación discrecional del PMC. Este instrumento debe blindar las disposiciones ya existentes a nivel nacional e internacional en la materia y garantizar su correcta implementación.</p> <p><b>5. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y JURISPRUDENCIAL</b></p> <p>La presente iniciativa legislativa se fundamenta en disposiciones constitucionales y legales del orden nacional e internacional, mediante las cuales se busca garantizar los derechos humanos, constitucionales y fundamentales de una población de especial protección constitucional.</p> <p>En cuanto al <b>marco constitucional y del bloque de constitucionalidad</b>, se traen a colación los siguientes convenios y tratados internacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración Universal de los Derechos Humanos. <i>Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</i></li> <li>- Declaración Universal de los Derechos Humanos. <i>Artículo 25, numeral 1. 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.</i></li> <li>- Declaración Universal de los Derechos Humanos. <i>Artículo 25, numeral 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.</i></li> </ul> <p>Frente a esto, 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, enfatizó que el derecho de todo recién nacido debe estar orientado a recibir y disfrutar <i>"del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud"</i>. En este mismo artículo, se dispone que los Estados se deben comprometer a <i>"reducir la mortalidad infantil y en la niñez"</i> y a <i>"asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres"</i>.</p> <p>La citada Convención, busca garantizar que todos los niños y niñas tengan cuidados diferenciales cuando presenten condiciones especiales. Los niños con este tipo de necesidades de atención especial en salud son aquellos que tienen o están en riesgo de</p>	<p>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 recibe habitualmente un niño sano.</p> <p>En relación al marco constitucional, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de Colombia, en su artículo 44, eleva al rango de derecho fundamental los derechos de los niños, incluyendo dentro de estos, <i>"el derecho a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social [...]"</i>.</p> <p>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. Al respecto, los artículos 43 y 44 de la Constitución Política 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:</p> <p><i>"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 [...]"</i>.</p> <p>En el mismo sentido, en el artículo 50 se establece que <i>"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 aportes del Estado [...]"</i>.</p> <p><b>Referente al marco legal</b>, la Ley Estatutaria de Salud No. 1751 de 2015, dispone en su artículo 11 que los niños, niñas y las mujeres en embarazo son sujetos de especial protección, por lo cual <i>"su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica"</i>.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, como la entidad de la rama ejecutiva encargada de la política pública de salud en el país, ha expedido y/o proferido un cúmulo de decretos y resoluciones que desarrollan y regulan el tema que nos atañe como el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, que en su artículo 26 sobre la atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio, dispone 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</p>
<p>riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.</p> <p>Asimismo, es importante traer a colación 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-), con los que se planteó impulsar el desarrollo del Programa Madre Canguro y reconocer su importancia.</p> <p>Sin embargo, 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 motivo, se debe asegurar la atención de calidad al recién nacido prematuro y/o de BPN, para materializar una <i>"atención idónea, oportuna y prevalente"</i>, tal 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.</p> <p>Aunado a lo anterior, a efectos de 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.</p> <p>En consecuencia, si bien existen múltiples normativas relacionadas con el derecho fundamental a la salud de los niños y las niñas, de la protección de la infancia y de las madres gestantes, se hace necesario ampliar el espectro y establecer puntos de conexión para la protección integral de los niños y las niñas con necesidades especiales de atención en salud por su prematuridad y/o BPN.</p> <p>Con esta iniciativa legislativa se busca materializar los principios de protección y garantía del derecho a la salud de los niños y niñas prematuros. Tal como lo dispuso la Corte Constitucional en la Sentencia T-133 de 2013, se requiere una atención en salud idónea, oportuna y prevalente para estos menores, respecto de la cual toda entidad pública o privada tiene la obligación de garantizar el acceso efectivo a los servicios, conforme lo ordena el artículo 50 de la Constitución, en concordancia con los principios legales de protección integral y el interés superior de los niños y niñas.</p> <p>Por tanto, se hace necesario implementar el Programa Madre Canguro (PMC) y exigir el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en todas las unidades de recién</p>	<p>nacidos del país, con base en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, asegurando el correcto goce de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los niños y niñas prematuros y/o con bajo peso al nacer (BPN), independientemente de su lugar de nacimiento o de la condición socioeconómica de su familia.</p> <p><b>6. CONSIDERACIONES DE LA PONENTE.</b></p> <p>De acuerdo con 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 &amp; United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2018).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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).</p>

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.

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 a 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).

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 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	NUMERO DE UNIDADES
CUIDADADO INTENSIVO NEONATAL	217
CUIDADADO INTERMEDIO NEONATAL	229
CUIDADADO BASICO NEONATAL	240
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>686</b>

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:

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 cumplimiento<sup>1</sup>, 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

<sup>1</sup> 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, EPSU 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).

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

DEPARTAMENTO	CUIDADADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADADO INTERMEDIO NEONATAL	CUIDADADO BASICO NEONATAL	TOTAL DEPARTAMENTO
ANTIOQUIA	15	15	18	48
ARAUCA	1	2	2	5
ATLANTICO	10	10	7	27
BARRANQUILLA	14	14	14	42
BOGOTA D.C.	32	33	31	96
BOLIVAR	3	2	2	7
BOYACA	4	2	4	10
BUENAVENTURA	1	1	5	7
CALDAS	3	3	4	10
CALI	10	11	11	32
CAQUETA	2	2	2	6
CARTAGENA	11	11	11	33
CASANARE	1	2	2	5
CAUCA	1	4	4	9
CESAR	11	12	13	36
CHOCO	1	1	1	3
CORDOBA	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	2	6	2	10
PUTUMAYO	2	2	2	6
QUINDIO	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
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>217</b>	<b>229</b>	<b>240</b>	<b>686</b>

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:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CUIDADADO INTENSIVO NEONATAL	CUIDADADO INTERMEDIO NEONATAL	CUIDADADO BASICO NEONATAL	TOTAL
ANTIOQUIA	APARTADO	1	1	1	3
	CAUCASIA	1	1	1	3
	CHIGORODO	1	1	1	3
	COPACABANA	1	1	1	3
	ENVIGADO	1	1	1	3
ARAUCA	MEDELLIN	10	10	11	31
	RIONEGRO	1	1	2	4
	SARAVENA	1	1	1	3
	BARANQA	2	2	1	5
ATLANTICO	LURUACO	1	1	1	3
	PUERTO COLUMBIA	1	1	1	3
	SABANALARGA	2	2	2	6
BARRANQUILLA	SOLEDD	4	4	3	11
	BARRANQUILLA	14	14	14	42
BOGOTA D.C.	BOGOTA	32	33	31	96
	MAGANGUE	4	2	2	8
BOLIVAR	CHIOQUINQUIRA	1	1	1	3
	SOGAMOSO	1	1	1	3
BOYACA	TUNJA	3	3	3	9
	BUENAVENTURA	1	1	1	3
CALDAS	LA DORADA	3	3	1	7
	MANIZALES	3	3	3	9
CALI	CALI	10	11	11	32
	FLORENCIA	2	2	2	6
CARTAGENA	CARTAGENA	11	11	11	33

CASAHUARE	YOPAL	1	2	2	5
CAUCA	POPAYAN	4	4	4	12
	AGUACHICA	1	2	2	5
CESAR	BOSCONIA	1	1	1	3
	CRISOLAMA	1	1	1	3
	VALLEDEPAR	9	9	9	27
CHOCO	QUIBDO	1	1	1	3
	CERTE	1	1	1	3
CORDOBA	LORICA	2	2	2	6
	MONTERIA	10	11	9	30
CUNDINAMARCA	CHIA	1	1	1	3
	FACATATIVA	2	2	2	6
CAUCA	ARMENIA	2	2	2	6
	SURAHUI	1	1	1	3
	ZIPAQUIRA	1	1	1	3
	GARZON	1	1	1	3
HUILA	NEIVA	4	4	4	12
	BARRANCAS	1	1	1	3
	FOROZOSO	1	1	1	3
LA GUAJIRA	MAICAO	2	2	2	6
	SAN JUAN DEL CESAR	3	3	3	9
	TELLEMAVEA	1	1	1	3
MAGDALENA	CIENAGA	1	1	1	3
	EL BRUNO	1	1	1	3
	FUNDACION	1	1	1	3
	PRATO	1	1	1	3
META	GRANADA	1	1	1	3
	VELAVICENCI	1	1	1	3
NARIÑO	IPALES	2	2	2	6
	PRATO	9	9	9	27
NORTE DE SANTANDER	TUMACO	4	4	4	12
	OCANA	1	1	1	3
PASTA	NEIVA	1	1	1	3
QUINDIO	PUERTO ASIS	1	1	1	3
RISARALDA	ARMENIA	3	3	3	9
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	PEREIRA	4	4	4	12
SANTA MARTA	SAN ANDRES	1	1	1	3
	SANTA MARTA	7	7	8	22
SANTANDER	BARRANCABE	1	1	2	4
	BUCARAMANGA	3	3	4	10
	FLORIDABLANCA	2	2	2	6
	GUADALUPE	1	1	1	3
	MEDELLAN	1	1	1	3
	PIEDICUESTA	2	2	2	6
	SOCORRO	2	2	2	6
SUCRE	COROZAL	2	2	2	6
	SINCELEJO	1	1	1	3
TOLIMA	ESPINAL	1	1	1	3
	IBAGUE	5	5	5	15
	LIBANO	1	1	1	3
	CALEDONIA	1	1	1	3
	CARTAGO	1	1	1	3
VALLE DEL CAUCA	GUADALAJARA	1	1	1	3
	DE BUGA	1	1	1	3
	PALMIRA	2	2	2	6
	TULUA	1	1	1	3
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 canguero, 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.

ACHIUVI LA DEMOCRACIA

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 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 canguero 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 canguero, 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.
- Inportunidad 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 Canguero en el 2020, con estos programas, se identificó la capacidad de acceso en las principales ciudades del país, en donde existe un Programa Canguero, que se presenta en la Tabla 4.

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

Departamento	Ciudad	# habitantes	# nacimientos	Candidatos al MMC	# corregido (calculando una mortalidad de 10% para los niños de menos de <2000 g)	Total niños con acceso al MMC	peso
Antioquia	Medellín	3.800.000	57.490	5618	5056,2	4803	%
	Rionegro	116.400	1.472	529	746,1	600	%
	Turbo	163.525	1.472	265	238,5	200	%
	Yanulmal	48.556	541	192	172,8	91	%
Antioquia	Barranquilla	2.400.000	24.293	2072	1864,8	700	%
Cundinamarca	Bogotá	7.100.000	87.191	11749	10574,1	10236	%
	Fusagasugá	139.800	1.580	541	486,9	320	%
	Facatativá	137.000	1.979	346	311,4	210	%
	Zipaquirá	126.400	1.902	501	450,9	360	%
Bolívar	Cartagena	1.300.000	29.847	2749	2474,1	1682	%
Boyacá	Tunja	188.340	2.376	386	797,4	396	%
	Sogamoso	233.154	3.087	440	396	289	%
Cauca	Popayán	277.270	7.031	505	544,5	359	%
Quindío	Manizales	368.433	5.025	491	441,9	250	%
Quindío	Florencia	156.789	3.317	529	476,1	250	%
Santander	Yopal	156.942	4.678	379	341,1	200	%
Sucre	Valledupar	459.349	9.816	794	714,6	130	%
Chocó	Quibdó	120.679	5.042	529	476,1	221	%

Departamento	Ciudad	# habitantes	# nacimientos	Candidatos al MMC	# corregido (calculando una mortalidad de 10% para los niños de menos de <2000 g)	Total niños con acceso al MMC	peso
Antioquia	Medellín	3.800.000	57.490	5618	5056,2	4803	%
Boyacá	Tunja	188.340	2.376	386	797,4	396	%
Boyacá	Sogamoso	233.154	3.087	440	396	289	%
Cauca	Popayán	277.270	7.031	505	544,5	359	%
Quindío	Manizales	368.433	5.025	491	441,9	250	%
Quindío	Florencia	156.789	3.317	529	476,1	250	%
Santander	Yopal	156.942	4.678	379	341,1	200	%
Sucre	Valledupar	459.349	9.816	794	714,6	130	%
Chocó	Quibdó	120.679	5.042	529	476,1	221	%

Fuente: Elaboración de la Fundación Canguero, a partir de información recolectada en 53 Programas Canguero 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 Canguero 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 Canguero (Cera et al., 2021), realizó un análisis minucioso desde diferentes perspectivas al Programa Madre Canguero y su manejo de los costos sobre cada paciente, en donde se pudo concluir que el programa 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 Canguero permite a las familias canguero 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.

**5.1. Método Madre Canguro como herramienta costo-eficiente para la reducción de los índices de morbimortalidad.**

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).

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* 25.143 (59,9%)		Régimen contributivo con PAC 4.746 (11,3%)		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
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 (Charpak et al., 20017). Los efectos sobre el coeficiente intelectual y el entorno del hogar todavía estaban presentes, de hecho, los padres canguros "fueron más protectores y cariñosos,

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]. (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 morbimortalidad 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.

**5.2. Beneficios del Programa Madre Canguro**

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 morbimortalidad 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

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" (Charpak et al., 2017).

**7. IMPACTO FISCAL**

La Honorable Corte Constitucional en sentencia C-911 de 2007 puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice y barrera para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

"(...) expresó que los mismos son instrumentos de racionalización de la actividad legislativa que tienen una incidencia favorable en la aplicación de las leyes, en la implementación de las políticas públicas, en el logro de un orden en las finanzas públicas y de estabilidad macroeconómica para el país, pero no deben constituirse en medios que cercenen el ejercicio de la función legislativa por parte del Congreso de la República o que confieran un poder de veto al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en relación con el trámite y aprobación de los proyectos de ley, pues ello vulneraría la autonomía del legislador y el principio de separación de las ramas del poder público. Así mismo, señaló que por ser el citado ministerio el principal responsable del cumplimiento de tales requisitos, por razón de sus funciones y de los recursos humanos y materiales que tiene a su disposición, su incumplimiento por parte de esa entidad no puede determinar la falta de validez del proceso legislativo o de la ley correspondiente."

En cuanto a la posibilidad de discutir y aprobar leyes que comporten temas presupuestales o gasto público, en Sentencia C-324 de 1997, la Corte dispuso señaló que, salvo las restricciones constitucionales expresas, el Congreso puede aprobar leyes que comporten gasto público.

"La Constitución, y tal y como lo ha señalado esta Corporación, atribuye competencias diferenciadas a los órganos del Estado según los diversos momentos de desarrollo de un gasto público. (...) es necesario distinguir entre una ley que decreta un gasto y la ley anual del presupuesto, en la cual se apropian las partidas que se considera que deben ser ejecutadas dentro del periodo fiscal respectivo. Así, esta Corte ha señalado que, salvo las restricciones constitucionales expresas, el Congreso puede aprobar leyes que comporten gasto público. Sin embargo, corresponde al Gobierno decidir si incluye o no en el respectivo proyecto de presupuesto esos gastos, por lo cual no puede el Congreso, al decretar un gasto, ordenar traslados presupuestales para arbitrar los respectivos recursos".

En el mismo sentido, respecto del concepto impacto fiscal que los proyectos de ley pudieran generar, la Corte Constitucional ha dispuesto:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad

entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Lo anterior, en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso haya valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. (...). El artículo 7° de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo<sup>2</sup>.

Así las cosas, tal como lo ha dispuesto la Honorable Corte Constitucional, la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, no afecta la validez constitucional del trámite respectivo. Por consiguiente, y de manera orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a inferir que exista un impacto fiscal ni de manera directa ni indirecta.

Sin embargo, a efectos de cumplir dicho requisito y a sabiendas de que, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que los proyectos de ley puedan generar en el erario público es el Ejecutivo el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente dicho impacto, se deja constancia que se solicitará concepto de la presente iniciativa legislativa al Ministerio de Hacienda, el cual deberá adjuntarse al Proyecto una vez llegue la respuesta al mismo.

8. Pliego de modificaciones

Texto aprobado en Plenaria de Cámara	Texto propuesto para Primer Debate en Comisión VII del Senado de la República	Consideraciones
--------------------------------------	---	-----------------

<sup>2</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-315 de 2008

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; con lactancia materna exclusiva, cuando sea 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 serán reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los Lineamientos Técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro, en donde se

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; con lactancia materna exclusiva, cuando sea 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 para todos los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer, garantizando así una atención integral, continua y de calidad, 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 serán

Se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo

por el cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, e n todo el territorio nacional. Al Programa Madre Canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer.

por el cual medio de la cual se dictan disposiciones para garantizar el acceso universal y obligatorio, e n todo el territorio nacional. Al Programa Madre Canguro, en beneficio de neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer.

Se realizan ajustes de forma en el título del Proyecto de ley

**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.

**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.

Se realizan ajustes de forma en el título y en el contenido del artículo.

**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, con independencia 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

- 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, con independencia 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

Sin modificaciones

garantizará un tratamiento integral al neonato prematuro o de bajo peso al nacer.

**Artículo 4°. Garantía de acceso.** Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras, o quien hagan sus veces, 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.  
**Parágrafo.** Las infracciones a esta obligación serán sancionadas con multas, cuya cuantía será establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y destinada a financiar la expansión del programa.

reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en ~~en~~ través de los Lineamientos Técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro correspondientes, en donde se garantizará garantizando un tratamiento integral al neonato prematuro o de bajo peso al nacer.

**Artículo 4°. Garantía de acceso.** Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras, o quien hagan sus veces, 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 los cuales deben asegurar~~ 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.  
**Parágrafo.** Las infracciones a esta obligación serán sancionadas con multas, cuya cuantía serán lineamientos y cuantía serán establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y serán destinadas a financiar la expansión del programa.

Se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo.

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

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

Se realizan ajustes de forma en el contenido del artículo y se incluyen como prioritarios para la

<p>Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, según los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, todas las actuaciones administrativas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social que busquen promover la creación y fortalecimiento del Programa Madre Canguro (PMC) se implementarán de manera prioritaria en los municipios PDET.</p>	<p>Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, según <u>de acuerdo con</u> los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, todas las <u>actuaciones acciones</u> administrativas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social que <u>busquen dirigidas a</u> promover la creación y fortalecimiento del Programa Madre Canguro (PMC) se implementarán de manera prioritaria en los municipios PDET <u>y en aquellos que cuenten con presencia de población étnica.</u></p>	<p>implementación del programa, los municipios con población étnica.</p>	<p>Programa Madre Canguro teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros y socioeconómicos.</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><b>Artículo 6°. Guías de práctica clínica.</b> 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.</p>	<p><b>Artículo 6°. Guías de práctica clínica.</b> 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.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	<p><b>Artículo 8°. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> La Superintendencia Nacional de Salud realizará las funciones de inspección, 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><b>Artículo 8°. Seguimiento de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> La Superintendencia Nacional de Salud realizará las funciones de inspección, vigilancia y control del Programa Madre Canguro, en aras de garantizar que <u>este</u> se desarrolle en condiciones de calidad <u>conforme de acuerdo con</u> las guías, los lineamientos y la evidencia científica aportada.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo.</p>
<p><b>Artículo 7°. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> Con el fin de regular la prestación del servicio de salud en el Programa Madre Canguro, el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con 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</p>	<p><b>Artículo 7°. Regulación de la prestación del servicio de salud del Programa Madre Canguro.</b> Con el fin de regular la prestación del servicio de salud en el Programa Madre Canguro, el Ministerio de Salud y <u>Protección Social</u>, de acuerdo con 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), <u>así como las prácticas y conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas.</u></p>	<p>Se realizan ajustes de forma en el contenido del artículo y se incluyen parámetros del programa en relación al SISPI.</p>	<p><b>Artículo 9°. Periodo de reglamentación.</b> El Ministerio de Salud y Protección 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.</p>	<p><b>Artículo 9°. Periodo de reglamentación.</b> El Ministerio de Salud y Protección 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.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>garantizar un amplio alcance y comprensión del programa.</p>	<p>medios <u>de comunicación</u> incluidos televisión, <u>la</u> radio, internet y materiales impresos, <u>para con el fin de</u> garantizar un amplio alcance y comprensión del programa.</p>		<p><b>Artículo 10. Ámbito de aplicación.</b> Las disposiciones previstas en la presente ley, serán aplicables bajo el enfoque diferencial en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de forma directa o indirecta en la prestación del Programa Madre Canguro.</p>	<p><b>Artículo 10. Ámbito de aplicación.</b> Las disposiciones previstas en la presente ley, serán aplicables <u>aplicarán</u> bajo el enfoque diferencial en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de forma directa o <u>indirectamente</u> en la prestación del Programa Madre Canguro.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo.</p>
<p><b>Artículo Nuevo.</b> El Programa Madre Canguro deberá ser adaptable y respetuoso con la diversidad cultural y lingüística de todas las comunidades en Colombia, incluyendo la provisión de materiales y capacitación en idiomas y dialectos locales y la integración de prácticas culturales en los protocolos de atención siempre que no interfieran con la seguridad y el bienestar del neonato y la madre.</p>	<p><b>Artículo Nuevo 12. Diversidad lingüística y cultural del Programa Madre Canguro.</b> El Programa Madre Canguro deberá ser adaptable y respetuoso con la diversidad cultural y lingüística de todas las comunidades en Colombia, incluyendo la provisión de materiales y capacitación en idiomas y dialectos locales, <u>así como</u> y la integración de prácticas culturales en los protocolos de atención, siempre que no interfieran con la seguridad y el bienestar del <u>neonato de los prematuros y/o de bajo peso al nacer</u> y la madre.</p>	<p>Se realiza modificación en la numeración, se incluye título y se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo.</p>	<p><b>Artículo Nuevo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar campañas de información y sensibilización dirigidas a la población general y a profesionales de la salud sobre los beneficios y la implementación del Programa Madre Canguro. Estas campañas utilizarán diversos medios, incluidos televisión, radio, internet y materiales impresos, para</p>	<p><b>Artículo Nuevo 11. Campañas de información y sensibilización sobre el Programa Madre Canguro.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar campañas de información y sensibilización dirigidas a la población general y a profesionales de la salud sobre los beneficios y la implementación del Programa Madre Canguro. Estas campañas utilizarán diversos</p>	<p>Se realiza modificación en la numeración, se incluye título y se realizan ajustes de forma en la redacción y contenido del artículo.</p>
<p><b>Artículo Nuevo.</b> Se establecerán guías de práctica clínica actualizadas para la implementación del Método Madre Canguro, las cuales incluirán estándares detallados de infraestructura, competencia del personal y procedimientos clínicos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá revisar y actualizar estas guías cada dos años, o antes si nuevas evidencias clínicas así lo requieren.</p>	<p><b>Artículo Nuevo 13.</b> Se establecerán guías de práctica clínica actualizadas para la implementación del Método Madre Canguro, las cuales incluirán estándares detallados de infraestructura, competencia del personal y procedimientos clínicos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá revisar y actualizar estas guías cada dos <u>(2)</u> años, o antes si nuevas evidencias clínicas así lo requieren.</p>	<p>Se realiza modificación en la numeración del artículo.</p>	<p>El artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, establece que se deben consignar las consideraciones que describan circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés a los Congresistas de la República en la discusión y votación de las iniciativas legislativas, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019, que reza:</p>	<p><i>"Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en el ejercicio de sus funciones. 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:</i></p> <p><i>a) Beneficio particular: 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.</i></p> <p><i>b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.</i></p> <p><i>c) Beneficio directo: 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 (...)."</i></p>	<p>Sobre este asunto la Sala Plena Contenciosa Administrativa del Honorable Consejo de Estado en su sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M.P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:</p>
<p><b>Artículo 11. Vigencia y derogatorias.</b> La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p><b>Artículo 14. Vigencia y derogatorias.</b> La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Se realiza modificación en la numeración del artículo.</p>	<p><i>"No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comentario, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concorra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna"</i></p>	<p>Es preciso señalar, entonces, que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación de un proyecto de ley o iniciativa legislativa, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exige al congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incursó.</p>	<p>Con base en lo anterior, me permito manifestar que no existe ninguna situación que conlleve a la suscrita a tener intereses particulares que riñan con el contenido del proyecto de ley que se somete a aprobación del Congreso de la República. Además, no se han identificado motivos que puedan generar un conflicto de interés en algún congresista en particular que</p>
<p>9. CONFLICTO DE INTERÉS.</p>					

esté discutiendo y votando esta iniciativa de ley. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el conflicto de interés es un asunto especial e individual, y cada congresista debe evaluar su situación particular y tramitar los impedimentos que le correspondan, si los hubiera.

**10. PROPOSICIÓN.**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, y dada la importancia que reviste esta iniciativa, presento **ponencia positiva** y solicito los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República que se dé trámite al primer debate del Proyecto de Ley No. 295/2024 Senado, 119/2023 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".

**11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE**

**PROYECTO DE LEY NO. 295/2024 SENADO, 119/2023 CÁMARA**

"por medio de la 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 Colombia**

**DECRETA:**

**Capítulo I  
Disposiciones generales**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene por objeto 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.

**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, con independencia 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; con lactancia materna exclusiva, cuando sea 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 será obligatorio con el fin de asegurar el acceso eficaz y universal para todos los neonatos prematuros y/o de bajo peso al nacer, garantizando así una atención integral, 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 serán reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de los lineamientos técnicos correspondientes, garantizando un tratamiento integral al neonato prematuro o de bajo peso al nacer.

**Artículo 4°. Garantía de acceso.** Las diferentes prestadoras de salud y las aseguradoras, o quien hagan sus veces, 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, los cuales deben asegurar 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.

**Parágrafo.** Las infracciones a esta obligación serán sancionadas con multas, cuyos lineamientos y cuantía serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y serán destinadas a financiar la expansión del programa.

**Artículo 5°. Promoción del Programa Madre Canguro.** El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la creación, fortalecimiento e implementación obligatoria del Programa Madre Canguro con cobertura total en el territorio nacional, de acuerdo con los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio.

Sin perjuicio de lo anterior, todas las acciones administrativas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dirigidas a promover la creación y fortalecimiento del Programa Madre Canguro (PMC) se implementarán de manera prioritaria en los municipios PDET y en aquellos que cuenten con presencia de población étnica.

**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 Protección Social, de acuerdo con 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), así como las prácticas y conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas.
- 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 inspección, vigilancia y control del Programa Madre Canguro, en aras de garantizar que se desarrolle en condiciones de calidad de acuerdo con las guías, lineamientos y la evidencia científica aportada.

**Artículo 9°. Período de reglamentación.** El Ministerio de Salud y Protección 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, se aplicarán bajo el enfoque diferencial en todo el territorio nacional en instituciones que intervengan de directa o indirectamente en la prestación del Programa Madre Canguro.

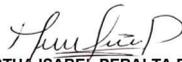
**Artículo 11. Campañas de información y sensibilización sobre el Programa Madre Canguro.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar campañas de información y sensibilización dirigidas a la población general y a profesionales de la salud sobre los beneficios y la implementación del Programa Madre Canguro. Estas campañas utilizarán diversos medios de comunicación, incluidos televisión, la radio, internet y materiales impresos, con el fin de garantizar un amplio alcance y comprensión del programa.

**Artículo 12. Diversidad lingüística y cultural del Programa Madre Canguro.** El Programa Madre Canguro deberá ser adaptable y respetuoso con la diversidad cultural y lingüística de todas las comunidades en Colombia, incluyendo la provisión de materiales y capacitación en idiomas y dialectos locales, así como la integración de prácticas culturales en los protocolos de atención, siempre que no interfieran con la seguridad y el bienestar de los prematuros y/o de bajo peso al nacer y la madre.

**Artículo 13.** Se establecerán guías de práctica clínica actualizadas para la implementación del Método Madre Canguro, las cuales incluirán estándares detallados de infraestructura, competencia del personal y procedimientos clínicos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá revisar y actualizar estas guías cada dos (2) años, o antes si nuevas evidencias clínicas así lo requieren.

**Artículo 14. Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De la Honorable Senadora,

  
**MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ**  
Senadora de la República  
Coordinadora Ponente

## Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los seis (06) días del mes junio del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe de Ponencia para primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para, a saber:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 295 DE 2024 SENADO - 119/2023 CÁMARA  
TÍTULO DEL PROYECTO: "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"  
INICIATIVA: INICIATIVA H.S.MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYU H.R.AGMETH JOSÉ ESCAF TJERINO, H.R.LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA, H.R.CARMEN FELISA RAMÍREZ BOSCAN, H.R.SUSANA GÓMEZ CASTAÑO, H.R.ALIRIO URIBE MUÑOZ, H.R.LUZ MARÍA MÚNERA MEDINA, H.R.RINGRID JOHANA AGUIRRE JUVINAO, H.R.LEYLA MARLENY RINCÓN TRUJILLO, H.R.ETNA TAMARA ARGOTE CALDERÓN, H.R.ERICK ADRIÁN VELASCO BURBANO, H.R.GLORIA ELENA ARIZABALETA CORRAL, H.R.JORGE ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ, H.R.GABRIEL ERNESTO PARRADO DURÁN, H.R.EDUARD GIOVANNY SÁRMIENTO HIDALGO, H.R.JOSÉ ALBERTO TEJADA ECHEVERRY, H.R.ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN, H.R.ERMES EVELIO PETE VIVAS, H.R.ERIK TATIANA SÁNCHEZ PINTO, H.R.ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS, H.R.GABRIEL BECERRA YAÑEZ, H.R.DAVID RICARDO RACERO MAYORCA, H.R.JORGE HERNÁN BASTIDAS ROSERO  
RADICADO: EN SENADO: 17-05-2024 EN COMISIÓN: 17-05-2024 EN CÁMARA: 08-08-2023  
GACETA DEL CONGRESO DONDE ESTÁ EL TEXTO APROBADO EN CÁMARA: 555/2024  
NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y DOS (32)  
RECIBIDO EL DÍA: MARTES CUATRO (04) DE JUNIO DE 2024.  
HORA: 7 :30 A.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

  
PRAXERE JOSE OSPINO REY  
Secretario de la Comisión Séptima