

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 640

Bogotá, D. C., lunes, 10 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 22 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 191 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”.

Proyecto de Ley No de 2020 Senado “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”

El Congreso De Colombia

Decreta

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley regirá en todo el territorio nacional, de conformidad con el enfoque diferencial.

Artículo 3°. Definiciones. Para la correcta aplicación de la presente ley entiéndase por:

Parto respetado y humanizado: Es el parto vaginal o cesárea en el cual se respeta la fisiología y ritmo del proceso, se interviene solo de ser necesario con base en la evidencia científica actualizada y en las condiciones particulares de salud, se identifican, comprenden y respetan los aspectos socioculturales de la mujer, se le brinda apoyo emocional, se le da poder de decisión, y se le garantiza su autonomía y privacidad, con un enfoque holístico y basado en el respeto por los derechos humanos.

Trabajo de Parto: Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones progresivas y continuas que ayudan a que se dilate y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.

Parto fisiológico: Es el parto vaginal, proceso natural, dinámico, trascendental y único con el que la mujer finaliza su gestación, que involucra factores psicológicos y socioculturales y deja una impronta en la mujer y en el recién nacido. Su inicio es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y culmina con el alumbramiento de la placenta.

<p>Cesárea Humanizada: Es el procedimiento efectuado con base en evidencia científica actualizada, recomendada únicamente por la necesidad de la condición de salud de la mujer o del feto, protegiendo el vínculo afectivo por medio del contacto piel con piel, y del inicio del amamantamiento dentro de la primera hora del posparto, así como respetando su derecho a permanecer acompañada, si así lo desea mínimo por una persona de su elección y confianza durante todo el proceso, con información clara y suficiente sobre el estado de salud, sin obstaculizar el campo visual del nacimiento si así lo desea la mujer y con apoyo emocional.</p> <p>Enfoque diferencial: Es la estrategia que permite la inclusión de los sujetos de especial protección constitucional mediante acciones, programas y proyectos adoptados con el fin de garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.</p> <p>Duelo gestacional: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación.</p> <p>Duelo perinatal: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.</p> <p>Posparto: Periodo de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.</p> <p>Plan de parto: Documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención.</p> <p>Artículo 4º. Derechos. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud, 2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, 	<p>a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud. 4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer. 5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto. 6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas. 7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social. 8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud. 9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención. 10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea. 11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles
<p>prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.</p> <p>12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica. b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto. c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico., durante el trabajo de parto y post parto. d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto. e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros <p>13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada</p> <p>14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.</p> <p>15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal.</p> <p>16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho</p> <p>17. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito. 19. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades. 20. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado. 21. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer. 22. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto. 23. A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias. <p>Artículo 5º. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique. 2. Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disenso. 3. Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias. 4. Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto. <p>Artículo 6º. Integralidad de la atención. La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad.</p>

Artículo 7º. Derechos del recién nacido: Todo recién nacido (a) tiene derecho:

1. A ser tratado con respeto y dignidad.
2. A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.
3. A recibir los cuidados y únicamente los tratamientos interdisciplinariamente necesarios, acordes con la evidencia científica actualizada, con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, inclusive el cuidado paliativo.
4. A tener contacto piel con piel con su madre y amamantamiento inmediato postergando los procedimientos que no se consideren vitales con el objetivo de favorecer sus procesos de adaptación neurofisiológicos y psicológicos.
5. Al corte oportuno del cordón umbilical de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada.
6. A no ser separado de su madre durante la permanencia en la institución prestadora de salud, siempre que el recién nacido o la mujer no requiera de cuidados especiales que impidan lo anterior.
7. A tener contacto con su padre durante su proceso de nacimiento, para el adecuado desarrollo de su vínculo afectivo, siempre y cuando la mujer autorice la presencia del padre durante su trabajo de parto, parto y posparto. Lo anterior, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas.
8. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, signos de alarma, periodicidad de controles de seguimiento, junto con información sobre el plan de vacunación explicando beneficios y posibles efectos adversos.

Artículo 8º. Obligaciones del Estado. Son obligaciones del Estado para garantizar la eficacia y desarrollo de la presente ley, las siguientes:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y actualización de agentes en salud para el cuidado de la mujer y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.
2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñarán un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto y al recién nacido y

establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.
4. Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia.
5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.

Parágrafo. En lo contenido al numeral primero del presente artículo, el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 12 meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, incorporarán en los planes de estudio de los diferentes agentes de salud relacionados, los contenidos y conceptos basados en evidencia científica actualizada, que explican los procesos fisiológicos de la gestación, el trabajo de parto, el parto, el posparto, la lactancia, y el nacimiento respetado y humanizado.

Artículo 9º. Se debe reconocer y respetar el pluralismo cultural relacionado con las mujeres y los recién nacidos, garantizando con evidencia científica su vida, dignidad, integridad y salud, antes, durante y después del parto.

Artículo 10º. El Estado promoverá la capacitación de las parteras, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales que ya existen a lo largo del territorio nacional, para sentar bases de las políticas públicas de acceso de la mujer y del recién nacido durante la gestación, parto y posparto, al pleno ejercicio de sus Derechos fundamentales, respetando sus quehaceres y creencias de las parteras en el territorio nacional, y desarrollando estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de la partería y en los niveles de comunicación y referencia que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido.

Artículo 11º. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los agentes de salud, sus colaboradores o de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, de conformidad con los procesos establecidos por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 12º: La presente ley rige a partir de publicación.

JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático

MARIA CRISTINA SOTO
Representante a la Cámara
Partido Conservador

TERESA ENRIQUEZ ROSERO
Representante a la Cámara
Partido de la U

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Sobre el parto humanizado

Esta Ley de Parto Digno, Humanizado y Respetado es una iniciativa pendiente para las mujeres que ejercen la maternidad en Colombia. Se hace necesario para todo el territorio nacional establecer los mínimos derechos que deben ser garantizados por el Estado, sus instituciones y la sociedad, para las mujeres en proceso de gestación, parto, posparto, duelo gestacional o perinatal, con fin de garantizar maternidades seguras y satisfactorias, siendo respetuosos de la diversidad cultural de las mujeres que habitan nuestro país, respondiendo al significado social del parto y el nacimiento de acuerdo a las diferentes formas de habitar cada territorio.

Se presenta esta iniciativa como una herramienta jurídica y legal que facilite una adecuada atención en salud y acompañamiento psicosocial para las mujeres gestantes hasta el periodo posparto, sin que esto represente la reproducción de las desigualdades sociales existentes y que además, fortalezcan la relación entre las mujeres en proceso de gestación, parto, posparto, duelo gestacional o perinatal con los agentes de salud que prestan sus servicios a lo largo y ancho de nuestro país, con el fin de mejorar las condiciones en que los recién nacidos y sus madres son atendidos en Colombia.

Esta propuesta se fundamenta en aspectos ya reglamentados en Colombia, como la Ley Estatutaria No. 1751(2015) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2012), los lineamientos del Ministerio de Salud de Colombia relacionados con la calidad y la humanización en la atención en salud (2015, 2018).

<p>Según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Colombia (2003), la salud sexual y reproductiva se comprende como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”. Desde esta perspectiva los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos ¹. Dicha perspectiva se ratifica desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2012) que en su “dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”, plantea desde el componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” los objetivos de “Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del posparto, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud”.²</p> <p>De tal manera que esta ley se armoniza y respalda la apuesta que como país ha hecho Colombia para incidir positivamente en la salud materno perinatal desde la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; derechos que trascienden la prestación de los servicios de salud como únicos responsables del cuidado de los procesos vitales de embarazo, parto, posparto y lactancia, comprometiendo a otros actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en el abordaje integral de estas etapas.</p> <p>En el Plan Decenal de Salud Pública se promueve igualmente la “Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud” la cual “implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio”. Así mismo es relevante fomentar el “empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad</p> <p>¹ Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá Ministerio de Salud de Colombia; 2003. ² Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012.</p>	<p>de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos”. Por último, se requiere fortalecer las instituciones y el “desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer” durante el proceso de gestación, parto y posparto ³</p> <p>Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) la humanización es una dimensión fundamental para mejorar la calidad en la atención en salud. En este sentido se define humanización como “la condición esencial que garantiza que los servicios de detección temprana y protección específica dados a las mujeres gestantes” se fundamenten en el “respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible” ⁴</p> <p>Según el LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) se reconoce a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias. Por ello insta a los prestadores de los servicios de salud para que no incurran en conductas que configuren violencia contra la mujer, “ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación” y centra sus lineamientos en organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias⁵</p> <p>Según la Ley Estatutaria de la salud 1751 (2015) el derecho a la salud es un derecho fundamental por lo cual el Estado tiene el deber de adoptar medidas políticas para “asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso” a las actividades</p> <p>³ Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012 ⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA. Bogotá, 2015. ⁵ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3280 de 2018. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Bogotá Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.</p>
<p>realizadas en los servicios de salud. Lo anterior implica cumplir con el mandato constitucional sobre la prestación de un servicio de salud público “esencial obligatorio, que se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” ⁶</p> <p>La garantía del Derecho a la Salud en el marco de las consideraciones objeto de este proyecto, parte de comprender que la gestación, parto y posparto son considerados como eventos de transición del estatus social de la mujer (Truissi, Argote, Bejarano, Cárdenas y Rodríguez, 2004)⁷; proceso en el que se evidencia una sobrecarga emocional sobre la psiquis materna en estos periodos (Piccinini, de Cássia, Schneider y Marin, 2009)⁸.</p> <p>El significado del parto está directamente relacionado con las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar recibido (Cáceres, 2012)⁹, las creencias, los valores culturales, los diferentes estilos de vida y el parentesco del acompañante de la mujer en el periodo posparto son factores altamente influyentes en la vivencia del parto (Prieto y Ruiz, 2013)¹⁰. El apoyo emocional y familiar es un asunto crucial en el momento del parto (Piccinini et al., 2009)¹¹.</p> <p>Los cambios generados en estos procesos atraviesan la sexualidad, de hecho la gestación, el parto y el posparto son considerados como eventos que hacen parte de ella (Salim et. al., 2010)¹². El miedo primal en relación al parto, el desconocimiento y</p> <p>⁶ El Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Derecho fundamental a la salud. Congreso de Colombia. ⁷ Truissi, M., Argote, O., Bejarano, N., Cárdenas, C., & Rodríguez, L. (2004). El trayecto de la adolescente en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. Texto & contexto enferm, 13(3), 351-359. Recuperado de: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IstsScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=in k&exprSearch=458758&indexSearch=ID. Universidad Pontificia Bolivariana. Artículo Segundo de la Res ⁸ Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marin A., (2009). Expectativas e Sentimentos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. Aletheia, 57-72 ⁹ Cáceres, F. (2012). Significado de Maternidad para Embarazadas y Miembros del Equipo de Salud en Bucaramanga. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 30 (Supl. 1) 43-45. ¹⁰ Prieto B., Ruiz C. (2013). Significado del Puerperio a través de prácticas y creencias culturales. Aquichan. Vol. 13 (Nº 1). 7-16. ¹¹ Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marin A., (2009). Expectativas e Sentimentos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. Aletheia, 57-72. ¹² Salim, N., Araújo, N., & Gualda, D. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(4), 732-739.</p>	<p>la sobredimensión otorgada al dolor en el parto influyen directamente en la forma como se experimenta el proceso perinatal (Tabek, 2014)¹³.</p> <p>El posparto, así como la gestación y el parto, son considerados socialmente como eventos de transición del estatus social de la mujer, y se ha visto que en diferentes culturas conlleva un rito apoyado por una mujer de la familia o un agente de salud que procura ciertas pautas de cuidado hacia la mujer que se encuentra en un periodo de labilidad, garantizando el estado físico y mental a futuro (Trussi et. al., 2004).</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el “parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés”, sin embargo, “en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos”¹⁴</p> <p>Es más humana la atención del parto si se le pide la opinión a la mujer en trabajo de parto en los aspectos que no interfieran en la calidad técnica de la atención como el uso de medicamentos, la adopción obligatoria de una posición, o la participación de algún familiar, así se modificaría la “cosificación” de la mujer en manos del personal que le atiende (Darras y Jiménez, 1992)¹⁵; se ha encontrado que el apoyo emocional y físico reduce significativamente la duración del parto y disminuye la necesidad de intervención médica e instrumentalizada generando un impacto positivo en el posparto por cuenta de la disminución de los síntomas asociados a depresión, el</p> <p>¹³ Tabek, G. (2014). El Curso de Preparación Integral para la Maternidad y su Proyección en el Post-Parto: La Construcción del Cuerpo de las Mujeres en torno a la Maternidad y el Vínculo con el Recién Nacido, a partir de un estudio Etnográfico en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. (Investigación, Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativa 2013). Comisión Nacional Salud Investiga, Buenos Aires. ¹⁴ Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018 ¹⁵ Darras, C. Jiménez R. (1992). Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland (Santa Cruz). Car Med AIS, Vol. 6 (Nº 2), Pp. 31-34</p>

<p>aumento de los niveles de autoestima, el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y una sensibilidad intensificada por parte de la madre hacia las necesidades de su bebé (Scott, Klaus y Klaus, 1999)¹⁶.</p> <p>En ese sentido la Organización Mundial de la Salud, (2015¹⁷, 2018¹⁸) usando la investigación científica y las prácticas en salud basadas en evidencia (recomendaciones GRADE), estipula que existen prácticas medicalizadas que no muestran evidencia científica y que afectan los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres en embarazo, parto y posparto. Cuando la salud de la mujer y la del feto o recién nacido no están comprometidas, estas prácticas institucionales no están recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negar el movimiento de la mujer en el trabajo de parto y limitar este trabajo a la cama. • Usar la monitoria fetal de manera permanente sin diagnóstico de enfermedad en el feto. • No ofrecer alimentos y líquidos durante el trabajo de parto. • No ofrecer la posibilidad de acompañamiento por una persona elegida por la mujer. • Realizar inducción artificial del trabajo de parto. • Colocar analgesia epidural cuando la mujer no la ha solicitado por dolor. • Realizar rotura de membranas uterinas de manera artificial (amniotomía). • Realizar episiotomía rutinaria. • Parto en posición horizontal o de litotomía sin facilitar las necesidades de la mujer en este momento. • Limitar los tiempos naturales del trabajo de parto cuando la mujer y el feto presenten una adecuada salud. • Hacer tactos vaginales de rutina por horarios pre establecidos y sin el consentimiento de la mujer. • Presión física por parte del personal de salud en el fondo del útero (maniobra de Kristeller). • Controlar, dirigir, presionar el pujo de la mujer en la fase expulsiva del parto, sobre todo cuando ella no tiene anestesia peridural, ignorando el proceso fisiológico en este momento. <p>¹⁶ Scott, K., Klaus, P., Klaus, M. (1999). Los Beneficios Obstétricos y Posparto del Apoyo Continuo durante el Parto. <i>Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine</i>. 8(10)</p> <p>¹⁷ Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018</p> <p>¹⁸ OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: OMS; 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar fórceps solo por profilaxis o prevención. • Después del nacimiento cortar inmediatamente el cordón umbilical sin esperar a que deje de pulsar lo cual afecta la salud del recién nacido. • Separar a la mujer del recién nacido después del nacimiento ignorando la importancia del contacto piel contra piel y la lactancia materna temprana en la primera hora de vida. • Dar fórmula láctea al recién nacido cuando no sea necesario médicamente y sin el consentimiento de la mujer. <p>La mayoría de las anteriores prácticas medicalizadas se continúan realizando en Colombia como lo muestran varias investigaciones realizadas en nuestro país desde diferentes ámbitos académicos y científicos. Entre ellos vale la pena resaltar los trabajos realizados por la Maestría en Estudios de Género y Estudios Interculturales de la Universidad Nacional¹⁹, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana²⁰ la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca²¹ y la Facultad de Enfermería²² y el Postgrado de Obstetricia de la Universidad de Antioquia²³.</p> <p>Esta problemática evidencia igualmente tensiones en las relaciones de las mujeres gestantes y en trabajo de parto con las instituciones y los agentes de salud, lo que visibiliza situaciones de maltrato emocional y abuso de medicalización en ciudades como Bogotá y Cartagena²⁴, así mismo, se evidencia insatisfacción de las mujeres</p> <p>¹⁹ Monroy Muñoz, Sonia Andrea. El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género. Bogotá, 2012.</p> <p>²⁰ Vallana Sala, Viviana Valeria. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Maestría en Estudios Culturales. Bogotá – 2016.</p> <p>²¹ Jojoa Tobar, Elisa; Cuchume S, Yuler DarioM; Ledesma R. Jenifer B; Muñoz M, Maria Cristina; Paja C, Adriana María y Suárez B, Juan Pablo. Caracterización de la violencia obstétrica en mujeres que asisten a los hogares FAMI de la Asociación 31 de marzo en la ciudad de Popayán. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería. 2016.</p> <p>²² Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, Molina Berrio DP, Arango Urrea JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. <i>Investigación y Educación en Enfermería</i>. 2018;36.</p> <p>²³ Briceno Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. <i>Qualitative health research</i>. 2018;28(8):1308-19.</p> <p>²⁴ Colón Iriarte, Candelaria. Sentimientos, memorias y experiencia de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Cartagena. Convenio de Cooperación. Escuela de Estudios de Género. Cartagena de Indias. 2008.</p>
<p>que hicieron parte de estas investigaciones a causa de los efectos de estas experiencias, sobre su salud o la de sus hijos recién nacidos.</p> <p>En Colombia se ha evidenciado una excesiva medicalización y patologización de los embarazos y los partos, que va en aumento en el país. Según cifras del DANE²⁵, en el año 2016, la cesárea alcanzó el 45% de los nacimientos en todo el territorio nacional. En los departamentos de Atlántico (68%), Bolívar (60%), César (59%), Córdoba (67%), La Guajira (50%), Magdalena (64%), Nariño (52%), Norte de Santander (53%), Santander (53%), Sucre (73%) y San Andrés (76%), los nacimientos tipo cesáreas superaron el número los nacimientos espontáneos.</p> <p>Las anteriores son cifras preocupantes y lejanas a las recomendaciones que ha realizado la OMS²⁶, pues "a nivel de población las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal" y "las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte".</p> <p>Lo anterior se relaciona con la propuesta de Michel Odent, obstetra e investigador reconocido a nivel nacional e internacional, precursor del parto humanizado y quien hace énfasis en la necesidad de disminuir el índice de cesáreas innecesarias pues este es un procedimiento quirúrgico invasivo que tiene efectos secundarios a corto y largo plazo y por lo tanto solo se debe usar para salvar la vida de la mujer y el feto. Según Michel Odent es fundamental promover el parto natural y fisiológico cuando la madre y el feto o recién nacido presenten una adecuada salud.²⁷</p> <p>Referente al parto fisiológico Michel Odent argumenta que " el proceso de parto es un proceso involuntario" que "implica la actividad de estructuras cerebrales arcaicas. Un proceso involuntario no se puede ayudar" pues esto puede "perturbar" y bloquear el proceso. "Esto nos lleva a pensar que las mujeres en trabajo de parto no necesitan ayuda activa directa. Necesitan sobre todo, la protección contra cualquier factor que pueda incrementar los niveles de adrenalina o estimular el neocórtex"²⁸.</p> <p>²⁵ https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016</p> <p>²⁶ OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Tomado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_thr_15_02_spa.pdf;jsessionid=E614221C6C35FD23938047DA931F430A?sequence=1</p> <p>²⁷ Odent M. <i>The Caesarean: Free Association Books</i>; 2004.</p> <p>²⁸ Odent, Michel. <i>El nacimiento en la era del plástico</i>. Editorial Creativa. Primera Edición. Buenos Aires. 2011. pp. 85</p>	<p>Michel Odent identifica en su práctica médica que la medicalización puede tener consecuencias cuando no es necesaria, la posición de este investigador está basada en los conocimientos de la neurofisiología del parto que fundamentan los riesgos de las cesáreas programadas sin que la salud de la mujer y el feto estén en riesgo. Al respecto dice: "Cuando una cesárea prematura ha sido programada, no existe garantía de que el bebé - en especial sus pulmones- esté perfectamente maduros" pues el binomio madre hijo produce hormonas naturales "asociadas con el progreso del parto" que "contribuyen a alcanzar la maduración de los pulmones. Por lo general, una cesárea programada implica que el feto no ha participado en la iniciación del parto. También implica que el feto no ha tenido la oportunidad de poner en práctica su sistema de hormonas de estrés. Las dificultades en la lactancia materna son más probables después de una cesárea programada. Además, las oportunidades de un parto vaginal exitoso después de una cesárea son mejores en el caso de una cesárea no programada"²⁹.</p> <p>La preparación al parto debe ser con información dada durante todo el periodo de gestación (Darras y Jiménez, 1992)³⁰, pues las mujeres tienen la necesidad de ejercer poder decisorio sobre la manera como quieren vivir el momento del trabajo de parto y parto, para disminuir su ansiedad (Santos, Barros y Menezes, 2012)³¹, esto incluiría, además de los cursos sobre los aspectos físicos y fisiológicos del embarazo que permiten la autoafirmación de la mujer como sujeto activo y actriz principal del proceso, la percepción positiva del parto mismo (Sort, Beltrán y Mens, 2010)³², e información sobre formas de asistencia humanizada, pues cuando la información no se ofrece, la autonomía de la mujer se ve restringida, especialmente en los momentos de trabajo de parto, parto y amamantamiento (Santos et al., 2012).</p> <p>Esta iniciativa busca no solo reconocer la diversidad étnica, sino también contribuir a la operativización de las adecuaciones culturales de los servicios de salud, particularmente en la atención del embarazo, parto y post parto, de tal manera que se favorezcan los diálogos de saberes entre el sistema de salud y el sistema médico</p> <p>²⁹ Ibidem. pp. 103 - 104</p> <p>³⁰ Darras, C. Jiménez R. (1992). <i>Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland (Santa Cruz)</i>. Car Med AIS, Vol. 6 (Nº 2), Pp. 31-34.</p> <p>³¹ Santos C., Barros A., Menezes R. (2012). <i>Concepções Sobre Maternidade, Parto E Amamentação Em Grupo De Gestantes</i>. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 139-155.</p> <p>³² Sort P., Beltrán A., Mens A., (2010). <i>Trabajar con el Cuerpo: La Experiencia de Ser Madre</i>. Ágora de Enfermería. Vol. 14 (Nº24), 173-177.</p>

tradicional, buscando incidir positivamente en los indicadores de mortalidad materna y perinatal de los grupos étnicos minoritarios, disminuir las tensiones entre los sistemas médicos, garantizar el derecho a la salud para los grupos étnicos minoritarios desde su atributo de aceptabilidad; entre otros, considerando que "la operación del enfoque diferencial constituye una estrategia central para lograr las garantías del derecho a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán brindar los espacios formación y capacitación de sus funcionarios en el manejo de este.

Al respecto existe un marco jurídico nacional e internacional que "reconocen la necesidad de implementar acciones afirmativas, dada la existencia de grupos poblacionales que por situaciones específicas de vulnerabilidad, por desigualdades en la estructura social, mayores posibilidades de enfrentarse a riesgos y la imposibilidad de autosostenerse requieren protección diferencial"³³. De tal manera los modelos de atención para el cuidado materno perinatal de las minorías étnicas en Colombia, deben reconocer que en estos procesos la pareja, la red familiar y sus sabedores ancestrales cumplen un papel fundamental en la prevención e intervención de riesgos biopsicosociales, cumpliendo un rol relevante en la referenciación desde el ámbito comunitario³⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencian la necesidad urgente de implementar políticas públicas encaminadas a: garantizar un trato humano, con respeto y dignidad para todas las mujeres; privilegiar la fisiología natural del proceso de gestación, parto, posparto y lactancia materna; garantizar el derecho de recibir acompañamiento que la mujer elija como el más idóneo para ella; proporcionar método farmacológicos y no farmacológicos basadas en la evidencia científica actualizada para el alivio el dolor y/o la ansiedad; evitar la utilización de prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales al ser implementados de manera rutinaria sin justificación médica; proveer cuidados que sean parte de una constante colaboración interdisciplinaria entre los agentes de salud, instituciones y el estado; que los servicios que presten

³³ República de Colombia. Ministerio del Interior. El enfoque diferencial para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas del conflicto armado. Tomado de: https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_afro_final_2.pdf

³⁴ Gobernación del Huila, Sinergias, CRIHU. Adecuación Sociocultural de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio Para uso de los profesionales de la salud en la atención a mujeres gestantes y sus parejas del pueblo Nasa. 2015.

atención humanizada y respetada estén ampliamente financiados, equipados, accesibles para todas las mujeres³⁵.

Desde la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología la anterior problemática ha sido reconocida ³⁶ y desde este gremio también se promueve la importancia de un parto humanizado y respetado. Al respecto un artículo³⁷, publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Cáceres-Manrique and Nieves-Cuervo 2017), la atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir sólo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; respetar su poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad, protegiendo siempre la vida, integridad y salud de la mujer y el recién nacido, con la más actualizada medicina basada en la evidencia científica y humanística.

Por su parte la Organización Colegiada de Enfermería considera que "El nacimiento es un momento crucial para la vida de todo ser humano y tanto el embarazo, el trabajo del parto, el parto y el puerperio son decisivos para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre o familiar significativo; generar un ambiente respetuoso, cálido, seguro y sobre todo que garantice los derechos humanos de la mujer; sienta sin duda las bases para la construcción de una nueva sociedad que acaricia la esperanza de un país en paz"³⁸.

Se espera que esta ley contribuya a disminuir las inequidades sociales en torno al acceso a los servicios de salud de calidad y a la garantía de los derechos humanos de las mujeres y de las redes sociales que apoyan a la mujer. Se espera que sea una

³⁵ IMBCO, International MotherBaby Childbirth Organization. La Iniciativa Internacional para el Parto Madre BebÉ: Imbci. 10 Pasos para la Optimización de los Servicios de Maternidad Madre BebÉ. Septiembre - 2008.

³⁶ Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Definitivamente No a la violencia contra la Mujer y violencia Obstétrica Bogotá: FECOLSOG; 2016 [cited 2018 01 de Octubre]. Available from: <https://www.fecolsog.org/definitivamente-no-a-la-violencia-contra-la-mujer-y-violencia-obstetrica/>.

³⁷ [1] <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/0034-7434-rcog-68-02-00128.pdf>

³⁸ Organización Colegiada de Enfermería. Intervención de la OCE en el marco de la Audiencia Pública de la Ley 063 del 2017. Tomado de: <https://www.oceinfo.org.co/index.php/difusion/noticias/180-parto-humanizado-intervencion-de-la-oce-en-el-marco-de-la-audiencia-publica-de-la-ley-063-del-2017>

base para redireccionar los servicios de salud y la pronta adaptación de los protocolos de atención de acuerdo a las últimas recomendaciones que sobre el tema ha realizado la Organización Mundial de la Salud.

II. TRÁMITE LEGISLATIVO

Es importante resaltar, que esta iniciativa se ha presentado en varias oportunidades ante el Congreso de la República, consultada la base de datos del buscador legislativo de la Cámara de representantes se evidencia que:

1. Fue radicado ante el Senado de la República en la legislatura 2012-2013, alcanzando solo tres debates de los cuatro reglamentarios por la ley 5 de 1992.
2. En la legislatura 2016-2017, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, radica la iniciativa en marzo de 2017, la cual fue archivado por no alcanzar primer debate.
3. En la legislatura 2017-2018, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, nuevamente radica la iniciativa, la cual fue aprobada en primer debate el 17 de mayo de 2018, y continúa su trámite en la legislatura 2018-2019.
4. En la legislatura 2018-2019 la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, nuevamente radica la iniciativa y esta cursó tránsito a Senado, pero fue archivado al no alcanzar los cuatro debates reglamentarios.
5. En la legislatura 2019-2020 el Representante Jairo Cristancho nuevamente radica la iniciativa pero lamentablemente no alcanzo a ser debatido en primer debate en la comisión séptima de la cámara.

III. PRINCIPALES ARGUMENTOS DEL PROYECTO DE LEY

1. El objeto del proyecto es garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, conciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.
2. la Constitución Política de Colombia reconoce la protección especial de la mujer debido a las condiciones de desigualdad formal y real a la que se ha visto sometida históricamente. En este sentido, se ha enfatizado en la necesidad de proveer todos los mecanismos para garantizar el ejercicio de sus derechos de manera efectiva, lo cual tiene especial incidencia en su salud reproductiva que se refleja en una adecuada práctica médica durante el

embarazo, teniendo en cuenta que en este período es de alta vulnerabilidad psíquica y biológica³⁹.

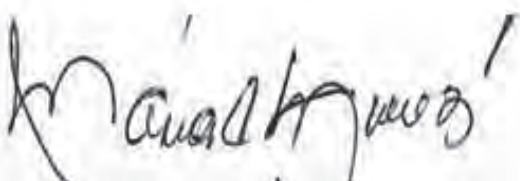
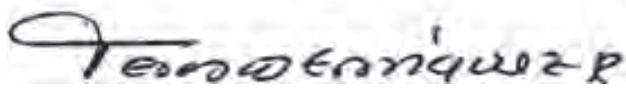
3. La Escuela de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia señaló en la Sentencia SU 677-17 que la mayoría de las muertes maternas, fetales y neonatales son muertes evitables, que evidencian las condiciones de desigualdad e inequidad social en salud, en la medida en que muchas veces se producen como consecuencia de la falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos, por parte de las diferentes instituciones de salud. Afirmó que estos factores de desigualdad se traducen en maltrato, abusos, falta de sensibilidad, menosprecio o desprecio hacia una cultura específica, tratos discriminatorios por el hecho de ser pobres, indígenas o afro descendientes y manejo deshumanizado del parto hospitalario.
4. En la misma sentencia la Universidad de Antioquia indicó que el embarazo tiene múltiples implicaciones físicas y mentales en la salud de la mujer en gestación. En particular señaló que la afectación de la salud mental de la mujer puede estar relacionada con factores externos como el embarazo no deseado, la violencia intrafamiliar, el embarazo adolescente y los bajos ingresos económicos, entre otros. Respecto de los factores internos, identificó la depresión endógena y las alteraciones psiquiátricas en general.
5. El embarazo genera una sobrecarga psíquica, física y social para la mujer, lo cual la obliga a utilizar todas sus reservas y en esa medida pueden presentar varios factores de riesgo como: mayores índices de depresión, enfermedades de múltiples etiologías o incluso la muerte. Otros factores externos como el desplazamiento forzado y la mala nutrición por falta de ingresos económicos pueden convertirse en factores de riesgo y afectar la salud de la gestante y del feto.



JAIRO CRISTANCHO TARACHE

Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático

³⁹ Corte Constitucional SU 667-17

 <p>MARIA CRISTINA SOTO Representante a la Cámara Partido Conservador</p>  <p>TERESA ENRIQUEZ ROSERO Representante a la Cámara Partido de la U</p>	<p style="text-align: center;">SECCIÓN DE LEYES SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</p> <p>Bogotá D.C., 04 de agosto de 2020</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 191/20 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCEN LOS DERECHOS DE LA MUJER EN EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES O “LEY DE PARTO DIGNO, RESPETADO Y HUMANIZADO””, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Representantes JAIRO CRISTANCHO TARACHE, MARIA CRISTINA SOTO, TERESA ENRIQUEZ ROSERO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA Subsecretario General</p> <p style="text-align: center;">PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 04 DE 2020</p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>CÚMPLASE</p> <p>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>ARTURO CHAR CHALJUB SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA</p>
---	--

PROYECTO DE LEY NÚMERO 192 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se modifican los artículos 3°, 4°, 7° y 11 de la Ley 1355 de 2009 y se adicionan los artículos 8A, 8B, 10A, 10B, 10C, 11A, 12A y 12B y se establecen otras disposiciones.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY _____</p> <p style="text-align: center;">“Por medio de la cual se modifican los artículos 3, 4, 7 y 11 de la Ley 1355 de 2009 y se adicionan los artículo 8A, 8B, 10A, 10B, 10C, 11A, 12A y 12B y se establecen otras disposiciones”.</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA,</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Educación, Deporte, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural, ICBF, Departamento Nacional de Planeación, las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, y las que tengan incidencia en el tema, y los Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, deberán promover políticas de seguridad alimentaria y nutricional que garanticen el derecho humano a la alimentación y, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información. En un plazo no mayor a 6 (seis) meses, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la financiación de las mencionadas actividades de promoción.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y el Ministerio de Educación, de manera conjunta direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción de cada entidad. Así mismo los entes de control vigilarán el cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas.</p> <p>Parágrafo 2. Para el caso de las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a 6 meses desde la entrada en vigencia de la presente Ley, el contenido de este artículo para su implementación.</p> <p>Parágrafo 3. La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas, con el propósito de emitir mensajes de promoción de hábitos de vida saludable, seguridad alimentaria y nutricional y actividad física, en la franja infantil y horario triple A (AAA) en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por</p>
--

<p>emisoras radiales. El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces reglamentará la materia.</p> <p>Artículo 2. Adiciónese un párrafo al artículo 4 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo. No se permitirá la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media, bibliotecas públicas, instituciones de salud y espacios públicos de recreación y entretenimiento.</p> <p>Parágrafo Transitorio. En los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde al momento de la expedición de la presente Ley se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido de lo descrito en el presente artículo, tendrán un plazo máximo de un año para adecuar dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.</p> <p>Artículo 3. Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 7. <i>Regulación de productos comestibles con grasas trans y grasa saturada.</i> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de grasas trans y grasa saturada con base en lo establecido en el artículo 5 de la resolución 2508 de 2012 del Ministerio de Salud y, en relación con los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional, deberá regirse por lo que establece el artículo 6 de la misma norma, en todos los productos comestibles, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 4. Adiciónese el artículo 8A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8A. <i>Regulación de productos comestibles con sodio.</i> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de sodio y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con altos niveles de sodio de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esto, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Artículo 5. Adiciónese el artículo 8B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8B. <i>Regulación de productos comestibles con azúcares y edulcorantes.</i> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de azúcares y edulcorantes y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 6. Adiciónese el artículo 8C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8C. <i>Regulación de productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores de sabor y otros aditivos nocivos para la salud.</i> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de los productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 7. Adiciónese el artículo 10A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10A. Toda reglamentación y modificación en las regulaciones establecidas por esta Ley en materia de contenidos y etiquetados de los productos comestibles ultraprocesados, deberá estar soportada por estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y priorizar los estudios y recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.</p> <p>Artículo 8. Adiciónese el artículo 10B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10B. <i>Rótulo nutricional y etiquetado frontal de advertencia.</i> Con el objetivo de informar de manera clara y suficiente sobre los componentes que hacen parte de todos los productos comestibles o bebibles, los fabricantes, productores, distribuidores e importadores de productos comestibles deberán informar en sus envases o etiquetas los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus aditivos expresados en orden decreciente de proporciones, y su</p>
<p>información nutricional, expresada en composición porcentual, unidad de peso o bajo la nomenclatura que establezca la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información debe ser ubicado en la parte frontal del empaque y advertir de manera clara la cantidad de azúcar, edulcorantes, sodio, aceites hidrogenados, grasas totales, saturadas o trans que contenga el producto por 100 gramos o 100 mililitros declarados en el etiquetado. Además, deberá declararse si sus ingredientes contienen organismos genéticamente modificados y especificarse cuáles son estos ingredientes.</p> <p>Para todos los productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional se deberá implementar un etiquetado frontal donde se incorpore una advertencia sanitaria. Dicha advertencia será de alto impacto preventivo, claro, visible, legible, de fácil identificación y comprensión para los consumidores, con mensajes inequívocos que alerten al consumidor de los contenidos reales de estos, que prevengan el consumo elevado y promuevan su uso correcto.</p> <p>La advertencia sanitaria a la que se refiere este artículo deberá incorporarse al etiquetado del producto cuando sus componentes de sodio, azúcares y edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites hidrogenados se encuentren por encima de los valores máximos respectivamente determinados y reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. En estos casos los productos deberán tener un rótulo que contendrá un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto "Exceso de", seguido de: "Sodio/Sal", "Azúcares", "Edulcorantes", "Grasas saturadas", "Grasas trans", y/o "Aceites hidrogenados" en uno o más símbolos independientes, según corresponda. El o los símbolos referidos se ubicarán en la cara principal y abarcarán un 30% de la etiqueta de los productos.</p> <p>Parágrafo 1. El INVIMA deberá, antes de expedir el registro sanitario o autorización respectiva para comercializar productos comestibles o bebibles, verificar los contenidos reportados por el fabricante y en caso de que no cumpla con los contenidos máximos permitidos de sodio, azúcares, edulcorantes, grasas saturadas, y grasas trans o hidrogenadas previstos por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá especificar las advertencias sanitarias que debe llevar su etiquetado, donde quede expresamente señalado que su composición conlleva un riesgo para la salud, para lo cual debe exigirse un rótulo adicional que contenga la frase: "Su consumo frecuente es nocivo para la salud".</p> <p>Parágrafo 2. En un plazo no mayor a seis (6) meses, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará las características y el contenido de las etiquetas frontales y rótulos nutricionales de los productos comestibles, velando especialmente por que la información que en ellos se contenga sea visible y de</p>	<p>fácil comprensión, teniendo en cuenta que la información deberá estar en castellano, y eventualmente podrá repetirse en otro idioma y los datos deberán señalarse con caracteres visibles, indelebles y fáciles de leer. No se permitirá sobreimpresión o cualquier modificación de la información contenida en el rótulo original.</p> <p>Parágrafo 3. Para el cumplimiento de la presente disposición, se otorgará un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.</p> <p>Artículo 9. Adiciónese el artículo 10C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10C. <i>Empaquetado.</i> El empaquetado de productos comestibles ultraprocesados no podrá contener mensajes publicitarios o promocionales dirigidos a niños, niñas y adolescentes o ser especialmente atractivos para estos, ni sugerir que su consumo contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al mejoramiento de la salud o las capacidades cognitivas.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento de esta disposición, respetando un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.</p> <p>Artículo 10. Adiciónese el artículo 11A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 11A. Se prohíbe el ofrecimiento o entrega a título gratuito a niños, niñas y adolescentes de productos comestibles ultraprocesados.</p> <p>En ningún caso podrá inducirse su consumo por parte de niños, niñas y adolescentes. La venta de productos comestibles ultraprocesados no podrá efectuarse mediante ofrecimientos comerciales no relacionados con la promoción propia del producto, tales como regalos, concursos, juegos u otro elemento de atracción infantil.</p> <p>Artículo 11. Adiciónese un párrafo al artículo 12 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo 2. El INVIMA a través de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas autorizará previamente los contenidos de la publicidad y promoción de los</p>

<p>productos comestibles ultraprocesados, especialmente dirigidos a infancia y adolescencia.</p> <p>La publicidad respetará la misma reglamentación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en los artículos 10A, 10B, 10C y 11A de la presente ley.</p> <p>Artículo 12. Adiciónese el artículo 12A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 12A. Prohibición de patrocinio. Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos comestibles ultraprocesados a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción directa o indirecta del consumo de productos comestibles ultraprocesados.</p> <p>Artículo 13. Adiciónese el artículo 12B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 12B. Sanciones. El Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio sancionarán a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley en lo relativo a la implementación del etiquetado, la publicidad, el patrocinio y las advertencias sanitarias de las que trata la presente Ley.</p> <p>Parágrafo. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento será aplicable con fundamento en la normatividad que les confiere facultades sancionatorias a las entidades mencionadas en este artículo, y lo dispuesto en la presente norma.</p> <p>Artículo 14. Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga toda disposición que se sea contraria.</p> <p>Por los honorables congresistas,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA Senador de la República Partido de la U</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>WILSON ARIAS CASTILLO Senador de la República Polo Democrático Alternativo</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA Senador de la República Partido Alianza Verde</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JORGE ENRIQUE BENEDETTI M. Representante a la Cámara Partido Cambio Radical</p> </div> </div>
<p style="text-align: center;">EXPOSICIÓN DE MOTIVOS</p> <p>1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>El presente proyecto de ley busca dar las facultades necesarias a las entidades correspondientes para que se logre establecer medidas de salud pública que busquen el fomento de políticas para la garantía del Derecho Humano a la Alimentación y Nutrición adecuadas en todos sus componentes, incluida la Seguridad Alimentaria, Nutricional y que se complementan con medidas de actividad física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros que son determinantes de la salud; además de otorgar otras facultades tendientes a regular la comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles altos en nutrientes de interés en salud pública. Todo con el propósito de fortalecer la lucha contra de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles (ENT) derivadas.</p> <p>2. JUSTIFICACIÓN</p> <p>A partir de la expedición de la ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se reconoce que la salud es un derecho fundamental autónomo, que comprende desde las acciones colectivas basadas en la salud pública, hasta acciones individuales que tienen que ver con el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención.</p> <p>Esto resulta importante para los efectos del proyecto de ley que aquí se presenta, en tanto que en el marco de la salud pública se requiere la formulación de políticas y normativas que logren transformar y generar cambios; por lo que la regulación es un instrumento que permite que el Estado garantice no solo recursos sino los derechos de las personas. En este caso, el derecho a la salud y el bienestar.</p> <p>a. Salud como derecho fundamental:</p> <p>El derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución Política de Colombia:</p> <p>“Artículo 49. 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.</p> <p><i>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 y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los</i></p>	<p>particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p> <p>(...)</p> <p><i>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”</i></p> <p>De igual, la Constitución reza dentro de su Capítulo III De los derechos colectivos y del ambiente lo siguiente:</p> <p>“Artículo 78. La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.</p> <p><i>Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.</i></p> <p><i>El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos”.</i></p> <p>b. Desarrollo jurisprudencial</p> <p>Con respecto a la jurisprudencia, en Sentencia T-260 de 2008 el tribunal constitucional consagra por primera vez el derecho a la salud como un derecho fundamental a la vida y refiere que la tutela es un mecanismo idóneo para garantizar su cumplimiento; Al respecto dicha jurisprudencia refirió:</p> <p><i>“Como lo ha señalado la propia Corte Constitucional, su postura respecto a qué es un derecho fundamental “(...) ha oscilado entre la idea de que se trata de derechos subjetivos de aplicación inmediata y la esencialidad e inalienabilidad del derecho para la persona.” Aunque la Corte ha coincidido en señalar que el carácter fundamental de un derecho no se debe a que el texto constitucional lo diga expresamente, o a que ubique el artículo correspondiente dentro de un determinado capítulo, no existe en su jurisprudencia un consenso respecto a qué se ha de entender por derecho fundamental. Esta diversidad de posturas, sin embargo, sí sirvió para evitar una lectura textualista y restrictiva de la carta de derechos, contraria a la concepción generosa y expansiva que la propia Constitución Política demanda en su artículo 94, al establecer que no todos los derechos están consagrados expresamente en el texto, pues no pueden negarse como derechos</i></p>

<p>aquellos que 'siendo inherentes a la persona humana', no estén enunciados en la Carta".</p> <p>Posteriormente, en sentencia T-184 de 2011 refirió el aludido tribunal:</p> <p><i>"Esta Corporación ha establecido en su jurisprudencia que la salud es un derecho fundamental. Por tanto, es obligación del Estado y de los particulares comprometidos con la prestación del servicio público de salud, desarrollar un conjunto de tareas, actividades o actuaciones encaminadas a garantizar el debido amparo de este derecho. El derecho fundamental a la salud ha sido definido como "la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser". Esta concepción responde a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de las personas, en consecuencia, garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales".</i></p> <p>Sucesivamente, y en sentencia más reciente, la Corte Constitucional por medio de sentencia T-010 de 2019 reiteró jurisprudencia frente a las dimensiones que alcanza del derecho fundamental a la salud y que la garantía de este derecho también se debe ver reflejado en las condiciones de vida de cada persona.</p> <p><i>"El derecho fundamental a la salud no puede ser entendido como el simple goce de unas ciertas condiciones biológicas que aseguren la simple existencia humana o que esta se restrinja a la condición de estar sano. Por el contrario, tal derecho supone la confluencia de un conjunto muy amplio de factores de diverso orden que influye sobre las condiciones de vida de cada persona, y que puede incidir en la posibilidad de llevar el más alto nivel de vida posible".</i> De ahí, que su protección trascienda y se vea reflejada sobre el ejercicio de otros derechos fundamentales inherentes a la persona, como son los derechos fundamentales a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, y por su puesto a la vida. Precisó esta Corporación mediante el precitado fallo que <i>"(...) el derecho a la salud además de tener unos elementos esenciales que lo estructuran, también encuentra sustento en principios igualmente contenidos en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, dentro de los que de manera especial sobresalen los de pro homine, universalidad, equidad, oportunidad, integralidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia, e interculturalidad, entre otros" (subraya fuera de texto).</i></p> <p>Ahora bien, teniendo en cuenta los criterios jurisprudenciales anteriormente referidos, se expide la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, la cual consagra dentro de su normativa en su artículo 15 la obligación de garantizar el derecho a la salud a través de la prevención así: <i>"El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de</i></p>	<p><i>la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas."</i> Adicional a ello, la referida norma consagra que los determinantes sociales en salud tienen relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud, por eso la educación para la vida y la promoción de la salud, son elementos claves en la generación de nuevos imaginarios colectivos en torno al autocuidado.</p> <p>Igualmente se ha señalado claramente que los determinantes sociales en salud tienen relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud, por eso la educación para la vida y la promoción de la salud, son elementos claves en la generación de nuevos imaginarios colectivos en torno al autocuidado. La soberanía alimentaria, la disponibilidad de alimentos y su consumo, su calidad, beneficios y seguridad, son los que corresponde legislar ante los graves riesgos para la salud que conlleva la falta de controles y las carencias de disponibilidad de información veraz, de la mano de la evidencia técnica científica que muestre una relación entre alimentación saludable y salud.</p> <p>c. Ley 1751 de 2015</p> <p>La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) señala que los determinantes sociales en salud mantiene una relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud. Es por esto que se considera que la promoción de la salud, entre otros aspectos, es un factor del autocuidado. En este sentido, la calidad de los alimentos, sus beneficios y la seguridad en torno a ellos son aspectos fundamentales sobre los que se debe legislar, pues su omisión -que sin duda es un desconocimiento de la relación entre salud y alimentación saludable-, conlleva a graves riesgos para la salud y la calidad de vida de las personas.</p> <p>d. El derecho humano a la alimentación</p> <p>El derecho humano a la alimentación está protegido en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos entre los que cabe destacar: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, (artículo 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (artículo 11.2), la Declaración de los Derechos del Niño (principio 4), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (artículos 27.3), Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (artículo 8), Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer e incluso en la Convención de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales I y II de 1977 sobre el derecho internacional humanitario y la protección de los alimentos en tiempos de guerra.</p> <p>Uno de los instrumentos internacionales con vigencia más antigua en Colombia sobre el tema, es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado mediante ley 74 de 1968, el cual integra el bloque de constitucionalidad de</p>
<p>conformidad con lo previsto en el artículo 93 de la Constitución¹ y en el cual se establece:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento. 2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para: <ol style="list-style-type: none"> a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales; b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan." (Artículo 11) <p>El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas como organismo autorizado de interpretación del PIDESC, ha proferido también varias Observaciones en las que se ha referido al alcance del derecho a la alimentación, entre las cuales cabe destacar las Observaciones Generales número 3 y la número 12. En esta última se define el derecho a la alimentación adecuada como aquel que:</p> <p>"Se ejerce cuando ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El Derecho a la Alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El Derecho a la Alimentación adecuada tendrá que alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre tal como se dispone en el párrafo 2 del artículo 11, incluso en caso de desastre natural o de otra índole".</p> <p>¹ Constitución Política, artículo 93: "Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno." ² Ver entre otras sentencias: T-388/2013, T-762/2015 y T-260/2019. ³ Ver sentencia T-457/2018 sobre programa de alimentación escolar. ⁴ Ver sentencias T-606/2015 sobre pescadores y T-622/2016 sobre comunidades negras del río Atrato.</p>	<p>A nivel regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José" suscrito el 22 de noviembre de 1969 y el Protocolo de San Salvador de 1988 reconocen también obligaciones de los Estados en el tema al afirmar que:</p> <p>"Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.</p> <p>Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia." (Protocolo de San Salvador, artículo 12)</p> <p>A nivel de la normativa interna, la Constitución Política de Colombia protege en forma especial la producción de alimentos y otorga prioridad al desarrollo de las actividades productoras de alimentos, al establecer en su artículo 65 que:</p> <p>"Artículo 65. La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado. Para tal efecto, se otorgará prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales, así como también a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras. De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad".</p> <p>Así mismo en la Constitución el derecho a la alimentación está reconocido como un derecho fundamental de los niños y niñas (art.44), al igual que la protección alimentaria de la mujer embarazada y lactante. Al respecto también se ha pronunciado la Corte Constitucional, que en diversas sentencias ha hablado sobre el derecho a la alimentación de los niños y niñas, la garantía de este derecho para personas privadas de la libertad,² su realización en entornos educativos³, la importancia de la alimentación para comunidades rurales⁴, entre otros.</p> <p>3. AVANCES EN EL PAÍS</p> <p>a. Ley 1355 de 2009</p> <p>Colombia ha venido avanzando en la prevención de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles y su tratamiento como una prioridad de salud pública.</p>

<p>En ese sentido, se expidió la Ley 1355 de 2009, que definió que el Estado a través de los Ministerios de Salud, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda, Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes (hoy Ministerio del Deporte), ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promovería políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas, debiéndose complementar estas políticas con estrategias de comunicación, educación e información.</p> <p>Adicionalmente, le dio facultades al Ministerio de Salud y al Invima para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de las grasas trans y grasas saturadas; y reglamentar el etiquetado de los productos alimenticios, con el fin de mejorar el conocimiento de la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos.</p> <p>Otro de los puntos más importantes de la Ley es la creación una sala especializada del Invima dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, propendiendo a la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.</p> <p>Sin embargo, esta legislación dejó de lado otros elementos de interés en salud pública, como lo son los aceites parcialmente hidrogenados, el sodio y los edulcorantes. Motivo por el cual se hace necesaria la aprobación del presente proyecto de Ley, además de las disposiciones adicionales que contiene en materia de comercialización, etiquetado, empaquetado, publicidad, promoción y patrocinio.</p> <p style="text-align: center;">b. Reglamentación del Ministerio de Salud</p> <p>En virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 2508 de 2012, en la cual se estableció que, en relación con las grasas trans, los requisitos de contenido serían los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El contenido en las grasas, aceites vegetales y margarina para untar y esparcibles que se venden directamente al consumidor no superará 2 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa. • El contenido en las grasas y aceites utilizadas como materia prima en la industria de alimentos, o como insumo en panaderías, restaurantes o servicios de comidas pueden contener hasta 5 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa. • El contenido presente naturalmente en grasas animales provenientes de carnes de rumiantes y sus derivados y/o productos lácteos no está sujeto de las exigencias mencionadas anteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de grasa trans debe expresarse con el número de gramos más cercano a la unidad en una porción del alimento para contenidos mayores a 5 g y expresarse de 0,5 en 0,5 g para contenidos menores a 5 g. Si el contenido total de grasa trans por porción de alimento es menos de 0,5 g, la declaración se expresa como cero (0). <p>Delante de las grasas saturadas, se establecieron los siguientes requisitos de contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todo alimento envasado para consumo humano cuyo contenido de ácidos grasos saturados sea igual o mayor a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, deberá presentarse de manera obligatoria en la tabla de información nutricional para grasa saturada. <p>En materia de rotulado o etiquetado nutricional, la Resolución establece que todos los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o saturadas deberán declarar y presentar la tabla de información nutricional, de acuerdo a los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El contenido de grasas trans sea igual o superior a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, independientemente del origen de la grasa. • El contenido de grasa saturada sea igual o superior mayor a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, independientemente del origen de la grasa. <p style="text-align: center;">c. Antecedentes de Proyectos de Ley</p> <p>Anteriormente se han presentado algunas iniciativas legislativas para intentar frenar el consumo de alimentos que deterioran la salud. Es así, que para el año 2017 se radicó en cámara el proyecto de ley 019 del año 2017, el cual tenía como objeto establecer "medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles (ENT) derivadas, en lo referente a etiquetado de alimentos, información para la alimentación saludable, información en salud pública y participación ciudadana.</p> <p>Posteriormente en el año 2018, donde se radicó el proyecto de Ley 214 de 2018, conocido como la 'Ley de Comida Chatarra' que indicaba que el Estado Colombiano, en aras de proteger el derecho a la información de los consumidores, debía adoptar medidas para que el etiquetado de los productos contengan información clara, completa, veraz y a la vez que advierta sobre los riesgos que pueden representar dichos productos. Este proyecto no alcanzó a pasar el primer debate y se hundió en la Comisión Séptima de la Cámara por falta de trámite.</p>
<p style="text-align: center;">4. PRODUCTOS A REGULAR</p> <p style="text-align: center;">a. Azúcar y edulcorantes</p> <p>Lo primero que resulta importante señalar es que desde el punto de vista alimentario, nutricional y metabólico, existen diferencias sustanciales entre los azúcares adicionados y la fructosa presente de manera natural en frutas y vegetales, donde está ligada a nutrientes como la fibra, vitaminas y minerales. Por el contrario, los azúcares adicionados no son propios del alimento o preparación, sino que se adicionan durante el procesamiento; y, dado que el azúcar adicionado está "libre", su proceso de digestión, absorción y metabolismo es más rápido, contribuyendo así a la formación rápida de triglicéridos (TG) y colesterol LDL, que están asociados a la obesidad y la enfermedad cardiovascular⁵. Además, varios estudios han demostrado que la fructosa proveniente de azúcares adicionados es más tendiente a favorecer la formación de TG en comparación con la glucosa en el estado posterior a ser ingerida⁶.</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la recomendación es una ingesta reducida de azúcares libres a lo largo de toda la vida, tanto en adultos como en niños, a menos del 10% de la ingesta calórica total, es decir menos del 10% de todas las calorías/kilocalorías consumidos diariamente a partir de los alimentos y bebidas⁷. Esta recomendación se hace para la ingesta de "azúcares libres, es decir los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, los jugos de fruta y los concentrados de jugo de fruta; como no existen pruebas científicas que adviertan que el consumo de azúcares intrínsecos tenga efectos adversos para la salud, esta recomendación no se aplica al consumo de los azúcares intrínsecos presentes en frutas y verduras.</p> <p>En palabras del Dr. Douglas Bettcher, Director del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, "la ingesta de azúcares libres, entre ellos los contenidos en productos como las bebidas azucaradas, es uno de los principales factores que está dando lugar a un aumento de la obesidad y la diabetes en el mundo". Así mismo, según explica el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS, "el azúcar no es necesario desde el punto de vista nutricional. La OMS recomienda que, si se ingieren azúcares libres, aporten menos del 10% de las necesidades energéticas totales; además, se pueden</p> <p>⁵ Bray, A. G., & Popkin, B. (2013). <i>Calorie-sweetened beverages and fructose: what have we learned 10 years later</i>. <i>Pediatric Obesity</i>, 242-248.</p> <p>⁶ Havel, P. D. (2005). <i>Dietary Fructose: Implications for Dysregulation of Energy Homeostasis and Lipid/Carbohydrate Metabolism</i>. <i>Nutrition Reviews</i>, 133-157.</p> <p>⁷ Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015). <i>Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños</i>. Ginebra, Suiza. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf?sequence=2</p>	<p>observar mejoras en la salud si se reducen a menos del 5%. Esta proporción equivale a menos de un vaso de 250 ml de bebida azucarada al día".</p> <p>De otro lado, por edulcorante, se entiende toda aquella sustancia diferente del azúcar que confieren a un alimento un sabor dulce. Aquí se incluyen los edulcorantes artificiales no calóricos (por ejemplo, aspartame, sucralosa, sacarina y potasio de acesulfamo), los edulcorantes naturales no calóricos (por ejemplo, estevia) y los edulcorantes calóricos tales como los polialcoholes (por ejemplo, sorbitol, manitol, lactitol e isomalt)⁸.</p> <p>Los datos más recientes presentados por la OMS, tras una revisión de 56 estudios sobre los efectos de los endulzantes sin azúcar, aseguran que no existe evidencia sólida para afirmar que los sustitutos del azúcar generen beneficios para la salud, e incluso que pueden llegar a tener efectos metabólicos similares al azúcar refinada.</p> <p>Es importante destacar que en el Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social no cuenta con facultades para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, en el propósito de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos.</p> <p style="text-align: center;">b. Grasas Trans, grasas saturadas y aceites parcialmente hidrogenados</p> <p>De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se entiende por grasas saturadas las moléculas de grasa sin enlaces dobles entre las moléculas de carbono. Los ácidos grasos saturados que más se usan actualmente en productos alimenticios son C14, C16 y C18. Sin embargo, en el caso de la leche y el aceite de coco, los ácidos grasos saturados que se usan van del C4 al C18⁹.</p> <p>Por su parte, las grasas trans son las resultan de la hidrogenación de ácidos grasos insaturados o que ocurre naturalmente en la leche y la carne de ciertos animales. Actualmente, los ácidos grasos trans más comunes en los productos alimenticios son los isómeros derivados de la hidrogenación parcial de aceites vegetales¹⁰.</p> <p>Los aceites parcialmente hidrogenados, de otro lado, son la principal fuente de grasas trans en los alimentos procesados. Pueden encontrarse en muchos alimentos procesados, tales como los productos horneados y congelados y suelen usarse como</p> <p>⁸ Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2016). <i>Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud</i>. Washington, Estados Unidos. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y</p> <p>⁹ <i>Ibidem</i>.</p> <p>¹⁰ <i>Ibidem</i>.</p>

<p>ingredientes para aumentar el tiempo de conservación de los alimentos procesados y estabilizar su sabor.</p> <p>En relación con la ingesta de estos productos, la OMS sugiere que esta debería representar menos del 10% de la ingesta calórica total, y la ingesta de grasas trans, menos del 1%; para ello, el consumo de grasas se debería modificar a fin de reducir las grasas saturadas y trans, en favor de grasas no saturadas, con el objetivo final de suprimir las grasas trans producidas industrialmente:</p> <p><i>Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes tales como vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugiere reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar¹¹.</i></p> <p>Es importante destacar que las grasas trans se usan en la industria alimenticia porque tienen un tiempo de conservación más largo que otras grasas, por lo que es posible emplear alternativas más saludables que no afectan al sabor ni al costo de los alimentos.</p> <p>c. Sodio</p> <p>La Organización Panamericana de la Salud define el sodio como “Sodio: Elemento blando, de color blanco plateado, que se encuentran en la sal; 1 g de sodio equivale a alrededor de 2,5 g de sal¹².”</p> <p>En noviembre de 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzó la “Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas”, que estableció como meta un descenso gradual y sostenido en el consumo de sal en la dieta con el fin de alcanzar los objetivos nacionales o en su ausencia, la meta</p>	<p>internacionalmente recomendada de un valor inferior a 5g/día/persona para el año 2020¹³.</p> <p>De acuerdo con el Ministerio de Salud, “el aporte de sodio de la dieta proviene en mayor proporción, de los alimentos preparados, alimentos industrializados y de la sal agregada¹⁴; sin embargo la mayoría de personas no son conscientes de la cantidad de sal que consumen en los alimentos y de los efectos adversos para la salud de una ingesta excesiva, siendo particularmente vulnerables los niños y los adultos mayores¹⁵.”</p> <p>La reducción de la ingesta de sal alimentaria contribuye a la disminución de la tensión arterial tanto en las personas hipertensas como en las normotensas y constituye la estrategia más costo-efectiva para la reducción de las enfermedades cardiovasculares¹⁶. De esta manera, si la reducción en la ingesta de sal se implementa como hábito desde edades tempranas se previene la hipertensión arterial asociada con el aumento de la edad¹⁷.</p> <p>En palabras del Ministerio de Salud: “Es muy importante reducir el consumo de sal/sodio para disminuir el riesgo de hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares y enfermedades renales a nivel individual y poblacional, ya que la calidad de vida de las personas con estas enfermedades es baja y los costos de su tratamiento elevados¹⁸.” Sin embargo, es necesario aclarar que en el Colombia el Ministerio de Salud actualmente no cuenta con facultades para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con elevados niveles de sodio, en el propósito de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a su consumo.</p> <p>5. PROBLEMÁTICA</p> <p>a. Enfermedades crónicas no transmisibles asociadas y la obesidad</p> <p>Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son aquellas que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y progresión generalmente lenta. Existen 4 tipos principales de ENT: i) Enfermedades cardiovasculares; ii) Cáncer; iii)</p>
<p>Enfermedades respiratorias crónicas; y, iv) Diabetes. En ocasiones, las ENT tienen su origen en factores biológicos inevitables, pero a menudo son causadas por hábitos como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una alimentación poco sana y la falta de actividad física.</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹, las ENT representan una “importante amenaza para la salud humana y el desarrollo socioeconómico”, en tanto que se estima que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes causan cerca de 35 millones de defunciones cada año, ubicándose el 80% de ellas en países de ingresos bajos y medios.</p> <p>La OMS y el <i>World Cancer Research Fund</i> (WCRF) coinciden en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las ENT, son el aumento en el consumo de productos de bajo valor nutricional y alto contenido en azúcares adicionados, grasas y sal, tales como los snacks y la comida rápida; la ingesta habitual de bebidas azucaradas, y la disminución en la actividad física. Todos estos en su conjunto son parte de un ambiente obesogénico²⁰.</p> <p>En este sentido, la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una prioridad de la salud pública; están apareciendo a edades más tempranas, relacionadas con los procesos de transición demográfica y epidemiológica, con el sedentarismo, consumo de tabaco y deterioro de los hábitos alimentarios de la población. La enfermedad cardiovascular, como parte de las enfermedades no transmisibles, tiene como principal factor de riesgo, el aumento en la presión arterial que se constituye en la causa probable de muerte y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.</p> <p>En el mundo la hipertensión es la causa del 6% de los accidentes cerebrovasculares y del 49% de las cardiopatías coronarias.</p> <p>Los datos disponibles indican que, en términos generales, de 20% a 25% de los menores de 19 años de edad se ven afectados por el sobrepeso y la obesidad. En América Latina, se calcula que 7% de los menores de 5 años de edad (3,8 millones) tienen sobrepeso u obesidad. En la población escolar (de 6 a 11 años), las tasas varían desde 15% (Perú) hasta 34,4% (México), y en la población adolescente (de 12 a 19 años de edad), de 17% (Colombia) a 35% (México). En los Estados Unidos, 34,2% de la población infantil de 6 a 11 años y 34,5% de la población adolescente de 12 a 19 años presenta sobrepeso u</p>	<p>obesidad, mientras que en Canadá 32,8% de los niños de 5 a 11 años y 30,1% de la población adolescente de 12 a 17 años de edad se ve afectada²¹. Los factores causantes del sobrepeso y obesidad se relacionan con el consumo excesivo de alimentos procesados con altos contenidos en sodio, azúcares, calorías y grasas, así como la falta de actividad física²².</p> <p>Además el abuso de productos altos en niveles de sodio, azúcar, edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites no hidrogenizados provoca 7,6 millones de muerte prematuras (cerca del 14% del total mundial) y la pérdida de 92 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (6% del total mundial). En América Latina y el Caribe las tasas anuales son de hasta 77,5 defunciones por 100.000 mujeres en Santa Lucía.</p> <p>En este contexto, es necesario tener en cuenta –como lo dice la OMS²³–, que una dieta malsana es un factor de riesgo clave de las enfermedades no transmisibles que puede modificarse. Por el contrario, si no se combate, la mala alimentación –junto con otros factores de riesgo– aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y sobrepeso u obesidad. Aunque las muertes por ENT se dan principalmente en la edad adulta, los riesgos asociados a las dietas malsanas comienzan en la niñez y se acumulan a lo largo de la vida.</p> <p>En el caso de Colombia, la prevalencia del exceso de peso actual en menores de 18 años de 17,53% que se traduce en alrededor de 2.7 millones de afectados²⁴. Así mismo, entre 2005 y 2015 este flagelo ha crecido alrededor del 70%, de acuerdo con las últimas mediciones hechas en el país²⁵. No en vano, los niños y adolescentes tienen una gran preferencia por los alimentos procesados. El 79,3% de esta población consume embutidos al menos una vez al mes, el 51,9% comidas rápidas, el 83,7% gaseosas, 85% alimentos de paquete y 89,3% dulces y golosinas. Este consumo dista abismalmente de las recomendaciones nutricionales del país y de la OMS²⁶.</p> <p>De acuerdo con los expertos, “este elevado consumo está influido por el sabor de estos productos, su alta disponibilidad en el mercado, el bajo precio, el poco conocimiento que tienen los consumidores acerca de estos alimentos y el volumen y contenidos</p>

¹¹ Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). *Alimentación Sana*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

¹² Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2016).

¹³ Organización Mundial de la Salud –OMS. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.

¹⁴ World Health Organization (2006). *Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Fórum and Technical Meeting*.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Estrategia nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en Colombia 2012 – 2021*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-reduccion-sal-2012-2021.pdf>

¹⁶ He FJ, Campbell NRC; Mac Gregor GA (2012). *Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease*. Rev Panam Salud Pública. 32 (4): pp.293-300.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (2015).

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra, Suiza. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf;jsessionid=145523BE2D2F836436A9371EAE7F4D71?sequence=1

²⁰ World Cancer Research Fund –WCRF-. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*.

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

²² Organización Panamericana de la Salud –OPS-. (2015). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899\(=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899(=en)

²³ Organización Mundial de la Salud (2010).

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Serie de Población*. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/serie-de-poblacion>

²⁵ Ibidem.

²⁶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015).

<p>persuasivos de la publicidad. Es así como, 5 de cada 10 niños expuestos a publicidad consumen alimentos procesados²⁷.</p> <p>Finalmente, es importante señalar que en 2014 murieron 89.529 personas por enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta²⁸. Mientras que, de acuerdo con la información del DANE, las muertes por causas externas como los homicidios, los accidentes o los suicidios sumaron 28.071. Esta cifra solo representa la tercera parte de las muertes ocasionadas por enfermedades relacionadas a una alimentación inadecuada.</p> <p>b. Problema de salud pública para el país</p> <p>Colombia en los últimos años ha presentado altos índices de sobrepeso y obesidad, sobretodo en la población infantil, lo anterior se encuentra relacionado con la comercialización y consumo de productos con altos niveles de sodio, azúcar, edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites parcialmente hidrogenados.</p> <p>Asimismo se presentan altos registros de enfermedades cardiacas y diabetes, lo que representa para el sistema de salud gran congestión y altísimos costos para el sistema.</p> <p>Por su parte, el <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> (INHE) estima que el 15,8% del total de las muertes no fatales registradas en Colombia durante 2013 se debieron a enfermedades isquémicas del corazón. El 72,86% de estas muertes (23.570), así como el 57,74% de las causadas por enfermedades cerebrovasculares, se atribuyen a una alimentación no saludable. Del mismo modo, el INHE estima que 8,61% de las defunciones por diabetes se atribuyen a una dieta alta en bebidas azucaradas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).</p> <p>De 59.347 muertes reportadas y ajustadas para el 2017, según cifras del DANE, 11.565 se encuentran relacionadas con obesidad y sobrepeso.</p> <p>En este sentido, como lo señala el Ministerio de Salud (2016)²⁹, “prevenir el aumento de personas con exceso de peso es fundamental como medida de salud pública, ya que este es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, diversos tipos de cáncer (endometrio, ovarios, mama y próstata, entre otros), accidentes</p> <p><small>²⁷ Vallejo, Pamela. et. al. (2019). <i>Obesidad infantil: una amenaza silenciosa</i>. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf</small></p> <p><small>²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). <i>Análisis de Situación en Salud. Colombia 2015</i>.</small></p> <p><small>²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social (2016). <i>Impuesto a la bebidas azucaradas</i>. En: Papeles en Salud, edición No. 05. Bogotá, Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf</small></p>	<p>cerebrovasculares y cardiopatías. Muchas de estas patologías están entre las 10 principales causas de muerte en Colombia”.</p> <p>En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, estas constituyen la principal causa de muerte en el grupo de edad 18 y 69 años en Colombia³⁰. Según el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Protección Social en el año 2008, la cardiopatía hipertensiva fue la primera causa de enfermedad según Años de Vida Saludables (AVISAS) en ambos sexos y en todas las edades³¹.</p> <p>En la Encuesta Nacional de Salud del 2007 se encontró que el 22,82% de la población de adultos de 18 a 69 años presentó cifras de presión arterial elevadas; se consideraron como cifras hipertensivas las medidas de presión arterial sistólica mayor a 140 y/o diastólica mayor a 90. La proporción de personas con hipertensión en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Bogotá fue similar al país y entre sí; la región de menor prevalencia fue la Orinoquia y Amazonia (14.6%) y la región del Pacífico presentó la prevalencia más alta (28%)³²; asimismo el 62% de las personas que presentaron cifras tensionales normales y el 85% de las que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial, refirieron haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas médicas³³. Se ha evidenciado un incremento proporcional del 10% entre las tasas de mortalidad por Enfermedad Cardiovascular (ECV) en Colombia para el período comprendido entre 1998 y 2008.</p> <p>c. Costos para el sistema de salud</p> <p>Los costos estimados de la hipertensión van del 5% al 15% del PIB en los países de altos ingresos y del 2.5% al 8% del PIB en América Latina y el Caribe.</p> <p>Según el ex Ministro de Salud Alejandro Gaviria en 2016, en promedio cada caso de obesidad y diabetes atribuidas a una dieta no balanceada, le costó al sistema de salud 733.751 pesos al mes, lo que alcanzaría en 2020, a más de 1.1 billones en costos para el sistema de salud.</p> <p>Si bien en Colombia no existe un estudio de carga de enfermedad que permita cuantificar el costo social y económico de factor de riesgo que conduzca al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, las encuestas nacionales de salud y los registros de muerte apuntan a estas como prioridad de salud pública y, en este contexto, el Estado tiene la obligación de ejecutar acciones de intervención que conduzcan a</p> <p><small>³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social (2015).</small></p> <p><small>³¹ Ministerio de Salud y Protección Social- Cendex (2008). <i>Estudio de carga de enfermedad en Colombia 2005</i>. Bogotá D.C.</small></p> <p><small>³² Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias (2007). <i>Encuesta Nacional de Salud ENS</i>. Bogotá D.C.</small></p> <p><small>³³ Ibídem</small></p>
<p>reducir el consumo de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública en la población.</p> <p>6. DISPOSICIONES DEL PROYECTO</p> <p>a. Ejes temáticos del articulado</p> <p><i>i. Promoción del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas y actividad física.</i></p> <p>El artículo 1 propuesto en este Proyecto de Ley modifica el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009 “por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”, incluyendo al Ministerio del Deporte y las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales y otras instancias que en los entes territoriales tienen a su cargo la política pública de alimentación saludable y el deber de promoción de políticas de garantía del Derecho Humano a la Alimentación y Nutrición Adecuadas, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para su desarrollo. Para garantizar el cumplimiento de esta disposición, el Gobierno tendrá un plazo de seis meses para reglamentar la financiación de estas actividades.</p> <p>Igualmente, en este artículo se adicionan tres párrafos. El primero establece que los ministerios de Salud, Educación y el ICBF direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción; El segundo, señala que el Ministerio de Salud reglamentará la implementación de lo establecido en este artículo para su implementación desde las Secretarías de Salud; Y, finalmente, el tercero dispone que la Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará espacios en la franja infantil y horario triple A, en televisión y radio, para que las entidades públicas emitan mensajes de promoción de hábitos de vida y alimentación saludable, actividad física y respeto por el derecho humano a la alimentación.</p> <p><i>ii. Comercialización</i></p> <p>Los artículos 2 y 10 establecen disposiciones en materia de comercialización de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública.</p> <p>El artículo 2 prohíbe la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación bibliotecas públicas, instituciones de salud y espacios públicos de recreación y entretenimiento.</p>	<p>De esta forma se reconoce de manera especial la situación de los colegios públicos y privados como un lugar donde los niños, niñas y adolescentes constituyen un público objetivo clave y que la función de promoción de la salud que compete al Ministerio de Educación y más específicamente a las escuelas son factores que deben atenderse. El bienestar nutricional de los niños en las instituciones educativas es de vital importancia pues establece los cimientos para el bienestar de los menores en etapa formativa.</p> <p>Adicionalmente se otorga un plazo de un año para que los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido del párrafo anterior, adecúen dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.</p> <p>Por su parte, el artículo 10 adiciona un artículo a la Ley 1355 de 2009 que prohíbe la entrega gratuita de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública a niños, niñas y adolescentes y la publicidad dirigida particularmente a ellos. Igualmente prohíbe que se induzca el consumo de estos alimentos mediante ofrecimientos no relacionados con la promoción del producto.</p> <p><i>iii. Regulación de alimentos</i></p> <p>Los artículos 3, 4, 5, 6 y 7 se enfocan en la regulación de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública.</p> <p>En particular, el artículo 3 le adiciona al Ministerio de Salud la facultad de reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de las grasas hidrogenadas, en los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la Ley.</p> <p>Y, en los artículos 4 y 5 se le otorgan facultades al Ministerio de Salud y al Invima para, en seis meses, reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con altos niveles de sodio y con altos niveles de azúcar y edulcorantes, respectivamente.</p> <p>En este punto es importante tener en cuenta la recomendación expresada por la OMS al respecto: “Alentar la reformulación de productos alimentarios a fin de reducir los contenidos de grasas saturadas, grasas trans, azúcares libres y sal/sodio, con miras a suprimir las grasas trans de producción industrial”³⁴.</p> <p>El artículo 6 le otorga facultades al Ministerio de Salud para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los productos alimenticios con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud.</p> <p><small>³⁴ Organización Mundial de la Salud - OMS. (2017).</small></p>

En el artículo 7 se establece que todas las modificaciones futuras en la regulaciones establecidas en esta Ley en materia de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública deberán estar soportadas en estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y atender las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.

iv. Etiquetado

El artículo 8 de este proyecto de ley reglamenta el rótulo nutricional y el etiquetado frontal de advertencia de todos los productos comestibles o bebibles.

En este sentido, sobre el rótulo nutricional se establece que los fabricantes, productores, distribuidores e importadores de alimentos deberán informar en sus envases o etiquetas los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus aditivos y su información nutricional bajo la nomenclatura que establezca la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, de tal manera que se advierta la cantidad de azúcar, edulcorantes, sodio, aceites parcialmente hidrogenados, grasas totales, saturadas o trans que contenga el producto por porción y si sus ingredientes contienen organismos genéticamente modificados, especificando cuáles.

En cuanto al etiquetado frontal, el proyecto señala que todos los productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional deberán contar con un etiquetado frontal donde se incorpore una advertencia de alto impacto preventivo, claro, visible, legible, de fácil identificación y comprensión para los consumidores, que alerten al consumidor de los contenidos reales de estos. Esta advertencia se deberá incorporar cuando los componentes de sodio, azúcares y edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites parcialmente hidrogenados sean superiores a los valores máximos determinados y reglamentados por el Ministerio de Salud. El rótulo deberá contener un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto "Exceso de", seguido de: "Sodio", "Azúcares", "Edulcorantes", "Grasas saturadas", "Grasas trans", y/o "Aceites parcialmente hidrogenados" en uno o más símbolos independientes y se ubicarán en la cara principal, abarcando un 30% de la etiqueta de los productos.

Para el cumplimiento de este artículo se estima que el Invima verifique las disposiciones establecidas, antes de expedir el registro sanitario o autorización respectiva para comercializar los productos. El Ministerio de Salud tendrá un plazo de 6 meses para determinar las características y el contenido específico de las etiquetas frontales y rótulos nutricionales, teniendo en cuenta que desde la expedición de la reglamentación, se contará con un año para aplicar el contenido de este artículo.

Actualmente el país dispone de normatividad que establece los requisitos de rotulado y etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo

humano³⁵. Sin embargo, esta normativa debe ampliar su campo de aplicación. A fin de informar a los consumidores de manera exacta, estandarizada y comprensible sobre el contenido de los productos alimenticios, es importante el desarrollo de un rotulado frontal en donde se advierta sobre el contenido de nutrientes como sodio, azúcar añadida, aceites parcialmente hidrogenados y grasas saturadas y trans de los alimentos procesados y ultraprocesados.

También es necesario destacar que el Estado tiene la obligación de proteger los derechos de los consumidores de bienes y servicios, en aras de lo establecido en la Constitución Política y lo consagrado en el Estatuto del Consumidor, por lo cual es resulta importante adoptar medidas para que el etiquetado de los productos alimenticios, especialmente aquellos altos en nutrientes de interés en salud pública, contenga información veraz, completa y clara sobre su composición y a su vez adviertan sobre los riesgos que pueden representar para la salud, tal y como se exige a los productos con contenido de alcohol y tabaco.

v. Empaquetado

El artículo 9 de este proyecto añade una disposición a la Ley 1355 de 2009, en el sentido que los empaques de los productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública no podrán estar dirigidos a niños, niñas y adolescentes, ni sugerir que su consumo contribuye al éxito o la popularidad. En este sentido, le otorga al Ministerio de Salud un plazo de 6 meses para reglamentar este tema, teniendo en cuenta un plazo máximo de un año para dicha reglamentación empiece a regir.

De esta manera se busca reducir el efecto que ejerce sobre los niños, niñas y adolescentes los mensajes publicitarios que promocionan productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública, teniendo en cuenta que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, por lo que resulta conveniente reducir su exposición.

Esta disposición –junto con las relativas a los temas de publicidad, promoción y patrocinio– le apunta a garantizar que los niños, niñas y adolescentes estén protegidos contra el impacto de las diferentes formas de mercadotecnia, permitiéndoles crecer y desarrollarse en un entorno favorable para su alimentación, que fomente y aliente opciones dietéticas saludables y ayude a mantener un peso adecuado.

³⁵ Un estudio del grupo de nutrición del Instituto Nacional de Salud (INS), presentado en febrero de 2018, encontró, luego de entrevistar a profundidad a 164 colombianos, que solo el 73% (119) sabían que existían las etiquetas nutricionales en los alimentos ultraprocesados que compran en los supermercados; de ese grupo, solo el 28% (33) las leían juiciosamente, y de ellos únicamente el 10% (3) lograba comprenderlas. Este estudio fue retomado por el tiempo en la nota disponible en el siguiente enlace: <https://www.eltiempo.com/salud/colombia-retoma-debate-del-etiquetado-frontal-para-alimentos-ultraprocesados-357354>

vi. Publicidad y promoción

El artículo 11 adiciona un párrafo al artículo 12 de la Ley 1355 de 2009 facultando a la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del Invima para que autorice previamente los contenidos de la publicidad y promoción de los productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública.

En este punto, el propósito principal es garantizarle al consumidor una información adecuada y veraz de los contenidos publicitarios de los alimentos de los que trata este proyecto de ley.

vii. Patrocinio

Con el artículo 12 de esta iniciativa quedará prohibido el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción, directa o indirecta de su consumo.

viii. Sanciones

De acuerdo con el artículo 13, el Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio serán las autoridades competentes para sancionar a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley. El Gobierno nacional tendrá un plazo de 6 meses para precisar el régimen sancionatorio su procedimiento.

ix. Vigencia

Finalmente, el artículo 14 establece que esta iniciativa entrará a regir a partir de su promulgación y deroga toda disposición que contraria.

b. Cuadro comparativo

A continuación se presenta el cuadro comparativo entre la legislación existente sobre el tema (Ley 1355 de 2009) y la propuesta contenida en este proyecto de ley:

Legislación Actual (Ley 1355 de 2009)	Propuesta Proyecto de Ley
Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las	Artículo 1. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así: Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Educación, Deporte , Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural, ICBF,

Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.	Departamento Nacional de Planeación, las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, y las que tengan incidencia en el tema, y los Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, deberán promover políticas de seguridad alimentaria y nutricional que garanticen el derecho humano a la alimentación y, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información. En un plazo no mayor a 6 (seis) meses, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la financiación de las mencionadas actividades de promoción. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y el Ministerio de Educación, de manera conjunta direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción de cada entidad. Así mismo los entes de control vigilarán el cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas. Parágrafo 2. Para el caso de las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a 6 meses desde la entrada en vigencia de la presente Ley, el contenido de este artículo para su implementación. Parágrafo 3. La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas, con el propósito de emitir mensajes de promoción de hábitos de vida saludable, seguridad alimentaria y nutricional y actividad física, en la franja infantil y horario triple A (AAA) en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales. El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces reglamentará la materia.
Parágrafo Nuevo	Artículo 2. Adiciónese un párrafo al

	<p>artículo 4 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo. No se permitirá la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media, bibliotecas públicas, instituciones de salud y espacios públicos de recreación y entretenimiento.</p> <p>Parágrafo Transitorio. En los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde al momento de la expedición de la presente Ley se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido de lo descrito en el presente artículo, tendrán un plazo máximo de un año para adecuar dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.</p>		<p>Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de sodio y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con altos niveles de sodio de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esto, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo 7. Regulación en grasas trans. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley</p>	<p>Artículo 3. Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 7. Regulación de productos comestibles con grasas trans y grasa saturada. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de grasas trans y grasa saturada con base en lo establecido en el artículo 5 de la resolución 2508 de 2012 del Ministerio de Salud y, en relación con los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional, deberá regirse por lo que establece el artículo 6 de la misma norma, en todos los productos comestibles, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Artículo Nuevo</p> <p>Artículo 5. Adiciónese el artículo 8B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8B. Regulación de productos comestibles con azúcares y edulcorantes. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de azúcares y edulcorantes y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Artículo 5. Adiciónese el artículo 8B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8B. Regulación de productos comestibles con azúcares y edulcorantes. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de azúcares y edulcorantes y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo Nuevo</p>	<p>Artículo 4. Adiciónese el artículo 8A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8A. Regulación de productos comestibles con sodio. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección</p>	<p>Artículo Nuevo</p>	<p>Artículo 6. Adiciónese el artículo 8C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8C. Regulación de productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores de sabor y otros aditivos nocivos para la salud. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de los productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir</p>
<p>Artículo Nuevo</p>	<p>de la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 7. Adiciónese el artículo 10A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10A. Toda reglamentación y modificación en las regulaciones establecidas por esta Ley en materia de contenidos y etiquetados de los productos comestibles ultraprocesados, deberá estar soportada por estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y priorizar los estudios y recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.</p>		<p>valor nutricional se deberá implementar un etiquetado frontal donde se incorpore una advertencia sanitaria. Dicha advertencia será de alto impacto preventivo, claro, visible, legible, de fácil identificación y comprensión para los consumidores, con mensajes inequívocos que alerten al consumidor de los contenidos reales de estos, que prevengan el consumo elevado y promuevan su uso correcto.</p> <p>La advertencia sanitaria a la que se refiere este artículo deberá incorporarse al etiquetado del producto cuando sus componentes de sodio, azúcares y edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites hidrogenados se encuentren por encima de los valores máximos respectivamente determinados y reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. En estos casos los productos deberán tener un rótulo que contendrá un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto "Exceso de", seguido de: "Sodio/Sal", "Azúcares", "Edulcorantes", "Grasas saturadas", "Grasas trans", y/o "Aceites hidrogenados" en uno o más símbolos independientes, según corresponda. El o los símbolos referidos se ubicarán en la cara principal y abarcarán un 30% de la etiqueta de los productos.</p>
<p>Artículo Nuevo</p>	<p>Artículo 8. Adiciónese el artículo 10B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10B. Rótulo nutricional y etiquetado frontal de advertencia. Con el objetivo de informar de manera clara y suficiente sobre los componentes que hacen parte de todos los productos comestibles o bebibles, los fabricantes, productores, distribuidores e importadores de productos comestibles deberán informar en sus envases o etiquetas los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus aditivos expresados en orden decreciente de proporciones, y su información nutricional, expresada en composición porcentual, unidad de peso o bajo la nomenclatura que establezca la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información debe ser ubicado en la parte frontal del empaque y advertir de manera clara la cantidad de azúcar, edulcorantes, sodio, aceites hidrogenados, grasas totales, saturadas o trans que contenga el producto por 100 gramos o 100 mililitros declarados en el etiquetado. Además, deberá declararse si sus ingredientes contienen organismos genéticamente modificados y especificarse cuáles son estos ingredientes.</p> <p>Para todos los productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo</p>		<p>Parágrafo 1. El INVIMA deberá, antes de expedir el registro sanitario o autorización respectiva para comercializar productos comestibles o bebibles, verificar los contenidos reportados por el fabricante y en caso de que no cumpla con los contenidos máximos permitidos de sodio, azúcares, edulcorantes, grasas saturadas, y grasas trans o hidrogenadas previstos por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá especificar las advertencias sanitarias que debe llevar su etiquetado, donde quede expresamente señalado que su composición conlleva un riesgo para la salud, para lo cual debe exigirse un rótulo adicional que contenga la frase: "Su consumo frecuente es nocivo para la salud".</p> <p>Parágrafo 2. En un plazo no mayor a seis (6) meses, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará las características y el</p>

	<p>contenido de las etiquetas frontales y rótulos nutricionales de los productos comestibles, velando especialmente por que la información que en ellos se contenga sea visible y de fácil comprensión, teniendo en cuenta que la información deberá estar en castellano, y eventualmente podrá repetirse en otro idioma y los datos deberán señalarse con caracteres visibles, indelebles y fáciles de leer. No se permitirá sobreimpresión o cualquier modificación de la información contenida en el rótulo original.</p> <p>Parágrafo 3. Para el cumplimiento de la presente disposición, se otorgará un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 9. Adiciónese el artículo 10C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 10C. Empaquetado. El empaquetado de productos comestibles ultraprocesados no podrá contener mensajes publicitarios o promocionales—dirigidos a niños, niñas y adolescentes o ser especialmente atractivos para estos ni sugerir que su consumo contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al mejoramiento de la salud o las capacidades cognitivas.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento de esta disposición, respetando un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 10. Adiciónese el artículo 11A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 11A. Se prohíbe el ofrecimiento o entrega a título gratuito a niños, niñas y adolescentes de productos comestibles</p>

	<p>a la implementación del etiquetado, la publicidad, el patrocinio y las advertencias sanitarias de las que trata la presente Ley.</p> <p>Parágrafo. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento será aplicable con fundamento en la normatividad que les confiere facultades sancionatorias a las entidades mencionadas en este artículo, y lo dispuesto en la presente norma.</p>
	<p>Artículo 14. Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga toda disposición que se sea contraria.</p>

7. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

a. Implementación en otros países

i. Chile

En 2012 Chile expidió la Ley de etiquetados de alimentos, la cual no solo incluye advertencias acerca del exceso de algunos nutrientes, sino además medidas para restringir la promoción de productos comestibles no saludables y limitar la oferta de los mismos en entornos alimentarios³⁶.

La reglamentación posterior de esta ley estableció límites para kilocalorías, azúcares, sodio y grasas saturadas. Los productos que exceden los límites permitidos de estos componentes, tienen en su cara frontal uno o varios octágonos negros con la advertencia "ALTO EN...". Los alimentos no procesados o mínimamente procesados, como frutas, verduras, leguminosas y leche entera, no tienen este tipo de advertencias³⁷.

La ley chilena establece además, que los productos que tengan la advertencia sanitaria no podrán ser publicitados u ofertados en entornos escolares, en población infantil menor de 14 años.

³⁶ Mora, M. et. al. ¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia?. Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fc2a17a3>

³⁷ Scapini V, Vergara C. (2017). El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile. Perfiles Económicos; 3: 7-33.

	<p>ultraprocesados.</p> <p>En ningún caso podrá inducirse su consumo por parte de niños, niñas y adolescentes. La venta de productos comestibles ultraprocesados no podrá efectuarse mediante ofrecimientos comerciales no relacionados con la promoción propia del producto, tales como regalos, concursos, juegos u otro elemento de atracción infantil.</p>
Parágrafo Nuevo	<p>Artículo 11. Adiciónese un parágrafo al artículo 12 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo 2. El INVIMA a través de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas autorizará previamente los contenidos de la publicidad y promoción de los productos comestibles ultraprocesados, especialmente dirigidos a infancia y adolescencia.</p> <p>La publicidad respetará la misma reglamentación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en los artículos 10A, 10B, 10C y 11A de la presente ley.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 12. Adiciónese el artículo 12A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 12A. Prohibición de patrocinio. Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos comestibles ultraprocesados a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción directa o indirecta del consumo de productos comestibles ultraprocesados.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 13. Adiciónese el artículo 12B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 12B. Sanciones. El Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio sancionarán a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley en lo relativo</p>

ii. Francia

En 2001, el Programa Nacional de Salud Nutricional del Gobierno francés planteó la necesidad de generar un sistema de etiquetado frontal que permitiera orientar a las personas en el consumo de alimentos, de acuerdo a las recomendaciones nutricionales. A partir de esta propuesta se diseñó el sistema NUTRI-SCORE, el cual fue implementado en 2017³⁸.

Este sistema permite identificar la calidad de los alimentos y comestibles, utilizando 5 discos de colores (verde oscuro, verde claro, amarillo, anaranjado y rojo), que están acompañados de las letras mayúsculas A, B, C, D y E, respectivamente. Los alimentos etiquetados con el color verde y la letra A corresponden a los más saludables y deben ser parte del patrón habitual de alimentación, entre los cuales se encuentran las frutas, verduras y leguminosas. Por el contrario, los comestibles etiquetados con el color rojo y la letra E son productos que deben tener un consumo limitado, entre los que se encuentran la mayoría de los productos de paquetes y comidas rápidas y la totalidad de las bebidas azucaradas.

iii. Uruguay

En agosto de 2018, el presidente de Uruguay firmó el decreto para el rotulado de alimentos a los que se les hayan agregado sodio, azúcares o grasas y en cuya composición final el contenido de esos elementos o grasas saturadas exceda los valores establecidos.

Dicho rotulado se incorpora en la cara frontal del producto y tiene un diseño octagonal de fondo negro y letras blancas, con la expresión "exceso de..." y el elemento que corresponda, de manera independiente para cada nutriente que exceda los límites establecidos.

Para el caso de sodio, el límite es de 500 miligramos por cada 100 gramos; para azúcares, es de 3 gramos cada 100 gramos; para grasas el límite es el 35% del valor calórico total; y, para grasas saturadas, es el 12% del valor calórico total.

El plazo de implementación y adecuación de los productos es de 18 meses.

iv. Perú

³⁸ Mora, M. et. al. ¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia?. Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fc2a17a3>

El 17 de junio de 2019 entró en vigencia en Perú el Manual de Advertencias Publicitarias que establece las disposiciones para la aplicación y cumplimiento de la Ley de Alimentación Saludable.

Aquí se establece que los productos alimenticios y bebidas con alto contenido de sodio, azúcar y grasas saturadas, deberán tener en la parte frontal de su empaque unos octógonos con el texto "alto en..." seguido de "azúcar", "sodio" o "grasas saturadas", cuando se superen los siguientes parámetros:

- **Sodio**
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 800 mg / 100g.
 - Bebidas: Mayor o igual a 100 mg/100 ml.
- **Azúcar**
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 22,5g/100g.
 - Bebidas: Mayor o igual a 6g/100 ml.
- **Grasas saturadas**
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 6g/100g.
 - Bebidas: Mayor o igual 3g/100ml.
- **Grasas Trans:** según la norma vigente)

Adicionalmente se establece una leyenda adicional en los siguientes casos:

- Los alimentos procesados que superen los parámetros técnicos de sodio, azúcar y grasas saturadas deberán consignar: "evitar su consumo excesivo"
- Los alimentos procesados que superen los parámetros técnicos de las grasas trans deberán incluir el texto "Evitar su consumo".
- Cuando el producto tiene 2 o 3 advertencias referidas a sodio, azúcar o grasa saturada, se considerará una sola leyenda "Evitar su consumo excesivo", que deberá ubicarse al pie de los octógonos.
- Si el producto contiene 4 advertencias referidas a sodio, azúcar, grasa saturada y contiene grasas trans, se considerarán ambas leyendas.

v. España

En 2018, España adoptó el sistema NUTRI-SCORE, tal y como se explica en el punto relativo al caso francés.

vi. Dinamarca

En 2011, Dinamarca aprobó un "impuesto de la grasa", que grava a los alimentos con 16 coronas danesas por kilogramo de grasas saturadas (2,14 euros/kilo aproximadamente) y que se aplica en aquellos productos alimenticios cuyo contenido en este tipo de grasas sea superior al 2,3%. Adicional a esto, en Dinamarca están prohibidas las grasas trans.

vii. Estados Unidos

En 2015, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) prohibió el uso de grasas trans y estableció un periodo gradual de

tres años para que los productores de alimentos las eliminaran completamente de sus recetas.

b. Evaluaciones y resultados de las implementaciones

i. Chile

De acuerdo con la investigación realizada por Mercedes Mora, Luis Fernando, Wilson Jalabe, Lindsey Smith y Barry Popkin de la Universidad Javeriana y la Universidad Carolina del Norte³⁹, algunas conclusiones sobre la implementación de Ley de etiquetados de alimentos chilena son las siguientes:

- Un estudio llevado a cabo un mes después de la implementación de la ley, estimó que el 41% de las personas adultas modificó sus patrones de alimentación. Adicionalmente, el 63% de los participantes consideró relevante o muy relevante, la presencia de los octógonos para orientar la decisión de compra⁴⁰.
- Otro estudio encontró que el 48,1% de los encuestados consideraba que el nuevo esquema de etiquetado les ayudó a tomar decisiones de alimentación más saludables⁴¹.
- El estudio de percepción ciudadana encontró que el 92,4% de los encuestados tenía una percepción buena o muy buena del etiquetado. El 91,6% consideró que la presencia de las advertencias a través del uso de los octógonos, influía en la decisión de compra⁴².
- La investigación llevada a cabo por Scapini y Vergara, encontró que después de la entrada en vigencia de la ley, se observó una disminución de las ventas de los productos que tenían las advertencias "ALTO EN.". Adicionalmente, el número de advertencias estuvo relacionado significativamente, con una menor venta de los productos⁴³.

ii. Francia

La aplicación del etiquetado frontal en Francia arroja las siguientes conclusiones preliminares:

³⁹ Mora, M. et al. ¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia? Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fc2a17a3>

⁴⁰ INSITU (2016). *Sondeo de etiquetados de alimentos. Estudio cuantitativo Santiago de Chile*. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/56014872/sondeo-ley-de-etiquetados-de-alimentos>

⁴¹ CERET. Centro de Estudios del Retail (2016). *Medición de calidad de servicio en la industria del Retail supermercados*. Disponible en: http://www.ceret.cl/wp-content/uploads/2016/09/CalidadServicioSupermercadosMayo16_General_Lite.pdf.

⁴² MINSALUD (2017). *Informe de evaluación de la implementación de la ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Gobierno de Chile*. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/Informe-Implementaci%C3%B3n-Ley-20606-junio-2017-PDF.pdf>

⁴³ Scapini V, Vergara C. (2017). *El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile*. Perfiles Económicos; 3: 7-33.

- Una evaluación llevada a cabo por Julia et al⁴⁴, encontró que este sistema de etiquetado permite discriminar la calidad nutricional de los diferentes grupos de alimentos y comestibles ofertados en Francia. Adicionalmente, NUTRI-SCORE vincula el sistema de etiquetado con las recomendaciones nutricionales formuladas por la autoridad de Salud Pública de ese país.
- En un estudio llevado a cabo para evaluar el perfil nutricional de cereales de desayuno ofertados en el mercado francés, el sistema NUTRI-SCORE mostró una adecuada capacidad de discriminar la calidad nutricional entre los diferentes productos⁴⁵.

iii. Otros casos

- Un estudio experimental realizado en Nueva Zelanda demostró que las personas disminuyen sus preferencias relacionadas con el consumo y adquisición de un producto, cuando existe una advertencia nutricional en su etiquetado⁴⁶.

Por los honorables congresistas,


ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA
 Senador de la República
 Partido de la U


WILSON ARIAS CASTILLO
 Senador de la República
 Polo Democrático Alternativo


JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
 Senador de la República
 Partido Alianza Verde


JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
 Representante a la Cámara
 Partido Cambio Radical

⁴⁴ Julia C, Ducrot P, Péneau S, Deschamps V, Méjean C, Fézeu L, et al. (2015). *Discriminating nutritional quality of foods using the 5-Color nutrition label in the French food market: consistency with nutritional recommendations*. Nutrition journal;14(1):100

⁴⁵ Julia C, Kesse-Guyot E, Touvier M, Mejean C, Fezeu L, Hercberg S. (2014). *Application of the British Food Standards Agency nutrient profiling system in a French food composition database*. The British journal of nutrition;112(10):1699-705.

⁴⁶ Bollard T, Maubach N, Walker N, Mhurchu CN (2016). *Effects of plain packaging, warning labels, and taxes on young people's predicted sugar-sweetened beverage preferences: an experimental study*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 13 (1): 95.

**SECCIÓN DE LEYES
 SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN
 LEYES**

Bogotá D.C., 04 de agosto de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 192/20 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 3, 4, 7 Y 11 DE LA LEY 1355 DE 2009 Y SE ADICIONAN LOS ARTÍCULO 8A, 8B, 10A, 10B, 10C, 11A, 12A Y 12B Y SE ESTABLECEN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores ARMANDO ALBERTO BENEDETTI VILLANEDA, WILSON NEBER ARIAS CASTILLO, JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA; y los Honorables Representantes JORGE ENRIQUE BENEDETTI. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SUÁL CRUZ BONILLA
 Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 04 DE 2020

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB

SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SUÁL CRUZ BONILLA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 197 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY N° _____ DE 2020</p> <p><i>"Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia".</i></p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1º.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto ordenar la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y asegurar su financiamiento, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Artículo 2º.- Principios rectores del PAI. El PAI se regirá por los siguientes principios rectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Universalidad. La aplicación de vacunas es un derecho al que puede acceder toda la población residente en el territorio nacional sin discriminación alguna. Lo anterior sin perjuicio de que por razones exclusivamente técnico-científicas se priorice la aplicación de vacunas en unos grupos poblacionales determinados o no se recomiende su aplicación en otros. b) Gratuidad. La aplicación de las vacunas incluidas en el PAI es gratuita para todos los residentes en Colombia. c) Innovación. Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local. d) Progresividad. El Estado Colombiano, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ampliará progresivamente el cubrimiento del PAI en una actualización permanente del mismo, así como cumplir con el retiro de biológicos del esquema de vacunación sólo será procedente por razones 	<p>técnico-científicas que demuestren su inconveniencia o ausencia de necesidad, buscando prevenir la morbilidad por inmunoprevenibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Equidad. El Estado debe procurar el acceso de las poblaciones más vulnerables del país a los servicios de vacunación, no sólo a los mismos biológicos a los que pueden acceder las personas de mayores ingresos, sino también a las mismas condiciones de seguridad, eficacia, calidad, disminución de riesgos y de efectos colaterales y propiciar la mejor experiencia de usuario posible. f) Responsabilidad solidaria. La vacunación no sólo representa un derecho de las personas sino también un deber de solidaridad de toda la población dadas sus implicaciones en materia de salud pública. <p>Artículo 3º.- Elementos de la modernización y actualización del PAI. El proceso de modernización y actualización del PAI deberá contar como mínimo con los siguientes módulos conforme se describe a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Módulo normativo. Corresponde al conjunto organizado de normas que regula integralmente el PAI. b) Módulo financiero. Corresponde a la contabilización de los recursos actuales que se destinan para el PAI así como los estudios y recursos requeridos para la ampliación de los beneficios. Este módulo considera como mínimo estudios de costo efectividad y retorno sobre la inversión de la modernización y actualización del PAI. c) Módulo de inclusión-exclusión de vacunas. Corresponde a los estudios de carácter técnico-científico que determinan la toma de decisiones para la inclusión-exclusión de nuevos biológicos dentro del esquema de vacunación, debidamente autorizados por el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces. d) Módulo de sistemas de información. Corresponde al sistema de información único y obligatorio que reúne toda la información relacionada con el PAI. Para tal efecto se podrán implementar estrategias de interoperabilidad. La información de éste módulo estará disponible en línea de acuerdo con los niveles de acceso que se definan en la reglamentación.
<ul style="list-style-type: none"> e) Módulo red de frío y almacenamiento. Corresponde a la organización y optimización en todo el territorio nacional de la red de frío y almacenamiento requerida para el desarrollo del programa. f) Módulo de movilización y comunicaciones. Corresponde a la estrategia coordinada para efectuar la movilización de los actores y población en torno al PAI y establecer los canales de comunicación adecuados. g) Módulo de vigilancia epidemiológica. Corresponde al monitoreo permanente en todo el territorio nacional de todos los eventos de interés epidemiológico relacionados con el PAI. h) Módulo de evaluación. Corresponde a los estudios de resultado e impacto que deben realizarse en forma permanente respecto del funcionamiento del PAI. i) Módulo de talento humano. Corresponde al personal en salud dedicado a ejecutar la inmunización intra y extramural, el cual deberá ser contratado con la suficiencia necesaria por las Empresas Promotoras de Salud en concordancia con lo dispuesto en el artículo 14º de la Ley 1122 de 2007. <p>Artículo 4º.- Responsables del proceso de modernización y actualización permanente del PAI. El Ministerio de Salud y Protección Social como máxima autoridad sanitaria del país en coordinación con el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces, será la entidad responsable de liderar y coordinar el proceso de modernización y actualización permanente del PAI, al cual deben concurrir todos los actores del sistema general de seguridad social en salud y todas las instituciones y personas de la sociedad.</p> <p>El presupuesto general de la nación, el presupuesto de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones - SGP, concurrirán a la financiación sostenible de la modernización y actualización permanente del PAI. Igualmente, se podrán considerar los aportes y/o donaciones que se efectúen y tramiten en especial para coadyuvar en la cobertura de la población de refugiados en Colombia y la población carcelaria.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social, con base en las recomendaciones dadas por el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces, expedirá la reglamentación que modernice y actualice el Programa Ampliado de Inmunizaciones asignando responsabilidades a cada uno de los actores involucrados.</p> <p>Parágrafo 1. A partir de la vigencia de la presente ley todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios tienen la responsabilidad de ofertar los servicios de vacunación a toda la población en general indistintamente de la entidad a la cual se encuentren afiliados los usuarios, aplicando estrategia de vacunación sin barreras, que disminuya brechas en la materia y garantice el acceso a la vacunación</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ordenar a las empresas productoras o comercializadoras de bienes de consumo tales como leche, pañales desechables, pañitos húmedos, entre otros, que en sus empaques se incluya el esquema de vacunación vigente en Colombia, como una estrategia para la difusión del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p> <p>Artículo 5º.- Financiación. En la vigencia fiscal siguiente a la aprobación de la presente ley, para efectos de la financiación del PAI, en el Presupuesto General de la Nación, se garantizará, como mínimo, los mismos recursos públicos que se destinaron en la vigencia 2022, en términos reales, con un incremento del 10%. En las dos vigencias fiscales subsiguientes deberá haber también un incremento real del 10 % sobre la vigencia inmediatamente anterior.</p> <p>Con el fin de cofinanciar la modernización y actualización del PAI, la ADRES asignará anualmente un presupuesto para vacunación. Los recursos presupuestados para el efecto en la vigencia 2022, deberán mantenerse en términos reales para la vigencia 2023. Adicionalmente durante la vigencia 2023 la ADRES asignará recursos al rubro de vacunación equivalentes a dos (2) décimas del incremento anual que se autorice de la UPC, de ambos regímenes, los cuales se descontarán de dicho incremento de la UPC. Esta suma se mantendrá en el</p>

presupuesto del rubro de vacunación durante las vigencias siguientes. Durante la vigencia 2024, de la misma manera, la ADRES descontará otras dos (2) décimas del incremento anual de la UPC y las asignará al rubro de vacunación.

A partir de la vigencia fiscal de 2024, en el Sistema General de Participaciones un (1) punto, de los diez (10) puntos porcentuales destinados para salud pública, se destinará a vacunación. Este se presupuestará sin situación de fondos en las entidades territoriales y se incorporará al rubro de vacunación de la ADRES, para efectos de la compra centralizada de los biológicos e insumos a través del PAI, para su posterior distribución.

Parágrafo 1°. En ningún caso podrán disminuir, de una vigencia a otra, los recursos presupuestados para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Parágrafo 2°. Para efectos de las compras centralizadas la totalidad de los recursos señalados en la presente ley para vacunación serán ejecutados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 6°.- Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca



MARTHA P. VILLALBA HODWALKER
Representante a la Cámara



ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
Representante a la Cámara por Bogotá




JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca



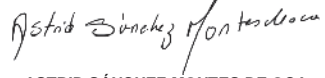
TERESA ENRÍQUEZ ROSERO
Representante a la Cámara por Nariño



JOSÉ RITTER LÓPEZ
Senador de la República



ELBERT DÍAZ LOZANO
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca



ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA
Representante a la Cámara por Chocó



JUAN DIEGO ECHAVARRÍA
Representante a la Cámara por Antioquia



JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Representante a la Cámara Circunscripción Especial Afro

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY N° _____ DE 2020

"Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia".

I. OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY

Mediante el presente proyecto de ley se busca fortalecer presupuestalmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones para erradicar eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunas, contempladas en el esquema del PAI para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población meta del programa.

II. LA EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN EN COLOMBIA

Con el descubrimiento de la vacuna contra la viruela hace más de 200 años, se inició un vertiginoso proceso de obtención de vacunas que han hecho posible hoy tener la garantía que genera el PAI para el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacuna en el mundo, cuando se logran coberturas de vacunación mayores del 95%.

Como en la mayoría de los países de Latinoamérica, las acciones de vacunación en Colombia tienen sus inicios en la década de los años 60, mediante la oferta pasiva de los productos inmunobiológicos, la demanda espontánea de la población o el Servicio de Erradicación de la Malaria –SEM-; además de acciones de intensificación masiva con el objeto de cumplir con la erradicación de la viruela.

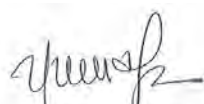


Es necesario precisar que el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) fue establecido por la Organización Mundial de la Salud en 1974; en Colombia, el Ministerio de Salud lo estableció en 1978 con el fin de brindar acceso a todos los niños de cero a cinco años y otros, a un programa permanente de vacunación contra las seis enfermedades originalmente incluidas. El PAI se desarrolló en el marco de la Ley 100 de 1993, Ley de Reforma a la Seguridad Social, y tiene como entidades involucradas a las autoridades políticas y administrativas del nivel nacional y territorial y a miembros relacionados de los sectores, público y privado.


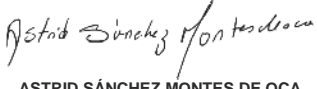
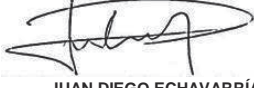
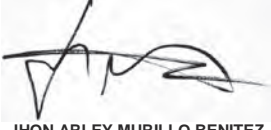
Las enfermedades objeto del programa son: tuberculosis, poliomielitis, hepatitis B, difteria, tos ferina, tétanos, infecciones por Haemophilus influenzae tipo b, diarrea causada por rotavirus, infecciones causadas por streptococo neumoniae, sarampión, parotiditis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, influenza, hepatitis A, vacuna DPT acelular para adultos, varicelay cáncer de cuello uterino, asociado al virus de papiloma humano VPH.

Bajo este esquema, el Ministerio de Salud y Protección Social definió la política y normativa de inmunización nacional y es responsable de la política y normativa de inmunización nacional y es responsable de la gestión y apropiación de recursos para el programa. El PAI es uno de los bienes públicos más básico provisto por el Estado y es la acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, tendientes a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

El PAI ha mostrado a nivel mundial los mejores resultados en la protección de salud, especialmente frente al índice de mortalidad infantil, el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de su plan de acción ha incluido como líneas prioritarias de intervención, la reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil; y para ello ha ido actualizando el PAI de suerte que hoy cuenta con varios biológicos incluidos en el esquema básico de vacunación que se aplica de manera gratuita, reflejados en 21 biológicos que previenen 26 enfermedades. El desarrollo regular de estas acciones ha tenido un

<p>importante impacto económico en el sistema de salud, disminuyendo la demanda de servicios y la carga de atención que actualmente es cubierta por el Plan de Beneficios en Salud.</p> <p>Desde 1974 el PAI en Colombia, como parte de las estrategias de salud pública definidas por la OPS/OMS, para luchar contra las Enfermedades Prevenibles por Vacunas –EPV–, establecieron como fin garantizar un esquema de vacunación permanente a todos los niños y niñas menores de cinco años en el mundo.</p> <p>A partir de la década de los 90 se lograron avances importantes, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1991: Elaboración y publicación del Manual de normas técnico-administrativas del PAI (Pitín). ● 1993: Establecimiento del plan de control de la hepatitis B e inclusión de la vacuna en el esquema permanente. Realización de la primera jornada masiva de vacunación con la triple viral SRP (sarampión, rubéola y paperas) en niños y niñas de uno a tres años. ● 1994: Certificación de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas por la OPS/OMS1995: introducción de la vacuna triple viral –SRP– en el esquema permanente para los niños/as de un año de edad. ● 1996: El Ministerio de Salud, la OPS, la UNICEF y otras agencias internacionales, establecieron el esquema único de vacunación para Colombia. ● 1998: Introducción de la vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b al programa permanente e inicio de la primera fase de eliminación de la meningitis y otras infecciones invasoras. ● 2000: Realización del primer Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones -CNPI-. ● 2001: Primera reunión del Comité de Cooperación Interagencial -CCI-. ● 2002: Inclusión de la presentación pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B), en el esquema de vacunación para los menores de un año. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2002: Se realizó cambio en el esquema de la dosis de refuerzo de SRP de 10 años a los cinco años de edad, como una de las estrategias para la eliminación del virus del sarampión. ● 2003: Vacunación universal contra la fiebre amarilla para los niños/as de un año de edad. ● Año 2002-2004: Para aquella época, el informe de gestión del entonces Ministerio de la Protección Social no alcanzó a cumplir las metas propuestas de inmunización, ocupándose de suministrar vacunas como BCG, hepatitis B, polio y fiebre amarilla, dejando por fuera el neumococo, influenza hepatitis A y meningococo, dejando entrever la precaria disposición presupuestal y política a desarrollar un programa de inmunización nacional, especialmente en niños, niñas y adolescentes. ● 2005: El Ministerio de la Protección Social retomó el PAI y delegó, mediante un convenio, las acciones de vigilancia y laboratorio de enfermedades inmunoprevenibles en el Instituto Nacional de Salud –INS. Realización de la Jornada Nacional de Vacunación contra el sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita -SRC en hombres y mujeres de 14 a 39 años. ● 2006: Vacunación contra la influenza para población prioritaria de seis a 18 meses y mayores de 65 años, con patologías de base. Con recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA–, el programa contempló la vacunación contra <i>Streptococcus pneumoniae</i> en la población de alto riesgo menor de 2 años de edad. Se realizó en el país la jornada de vacunación con polio oral para los menores de cinco años de edad. ● 2007: Introducción de la vacuna contra la influenza estacional en el esquema permanente para niños de 6 a 23 meses. ● 2009: Universalización de la vacuna contra rotavirus. ● 2010: Universalización de la vacuna contra el neumococo para todos los/as nacidos vivos a partir del 01 de noviembre de ese año. Realización de la jornada de vacunación contra el sarampión, la rubéola y el SRC en niños/as de uno a ocho años de edad.
<p>Año 2011-2012: Se contaba con el esquema del Programa Ampliado de Inmunización, cuyo objetivo se enfocaba a tratar enfermedades como la tuberculosis, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, hepatitis B, enfermedades producida por <i>haemophilus influenzae</i>, rubéola, parotiditis y fiebre amarilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2013: Segunda fase de vacunación contra el VPH dirigido a niñas desde cuarto grado de básica primaria hasta grado undécimo, a partir de los nueve años de edad, además de las no escolarizadas entre 9 y 17 años de edad. Adicionalmente se incluye la vacuna de pertussis acelular para la población gestante, a partir de la semana 21 de gestación, para las cohortes 2013 – 2014. <p>Para aquella época se había logrado consolidar apropiaciones presupuestales para cumplir con el objetivo de lograr cobertura con el esquema del PAI de todos los biológicos de la mayoría de los municipios, pero se observaba que el presupuesto asignado dependía de las políticas del gobierno de turno, lo que da muestras del problema crónico de depender del criterio presupuestal para garantizar un programa ligado al derecho fundamental a la salud.</p> <p>Durante este período se contaba con una meta programática en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, donde todas las entidades territoriales debían alcanzar coberturas de vacunación para todos los biológicos igual o superior al 95%</p> <p>III. CASOS IMPORTANTES DE ENFERMEDADES TRATADAS CON INMUNIZACIONES EN COLOMBIA</p> <p>Tos ferina</p> <p>Para el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la incidencia mundial de dicha enfermedad en 3,6 casos por 100.000 habitantes y se propuso reducirla a 1 caso por 100.000 habitantes. En Colombia se implementó el programa regular de vacunación e inclusión de la vacuna Pentavalente para menores de 5 años, causando la reducción de casos de morbimortalidad de manera considerable</p>	<p>y concordante con el aumento en las coberturas de vacunación. En aquel entonces, Colombia presentó una incidencia estimada de Tos ferina de 0.8 por 100.000 habitantes compatibilizando un incremento coincidente con la tendencia global, presentando casos en menores de 2 meses de edad.</p> <p>Sarampión</p> <p>El año 2012 significó la transferencia de recursos para iniciar distintas fases de vacunación contra el sarampión y la rubéola que presentaban alta incidencia en Colombia, movilizandolos todos los departamentos para reducir el número de personas susceptibles de padecer esa información.</p> <p>Virus del Papiloma Humano</p> <p>Se inició una estrategia nacional para reducir la mortalidad y morbilidad por cáncer de cuello uterino entre los años 2012 y 2013, incluyen en el esquema único nacional de vacunación, la inmunización contra el VPH a través de un plan completo suministrando tres dosis.</p> <p>La vacuna contra el VPH obedeció al mandato establecido en la Ley 1623 de 2013 de vacunar a la población de niñas entre 9 y 12 años, así como la adopción de medidas integrales para la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, seguimiento, control y atención de las infecciones del VPH.</p> <p>Brote de sarampión 2018-2019</p> <p>Como consecuencia de la inmigración venezolana, el país enfrentó un brote presente en los departamentos de Norte de Santander, La Guajira, Bolívar, Bogotá y Atlántico, generando la necesidad de responder rápidamente por parte del Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social para contener esos cinco brotes y producir la recomendación de recolectar muestras de detección viral cada dos meses, analizar los casos de infección conocida, registrar el número de</p>

<p>contactos investigados por cada casos sospechosos y fortalecer la segunda dosis en menores de 5 años.</p> <p>IV. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO</p> <p>Sentencia T-784 de 1998: La Corte Constitucional dispuso que la cobertura de la seguridad social del Estado, con la participación de particulares constituye un proceso en continua expansión, según lo determinen las políticas sociales y económicas.</p> <p>Sentencia T-977 de 2006: La Corte Constitucional amparó solicitud para asumir costos de vacunas a quien no cuenta con recursos económicos.</p> <p>Ley 100 de 1993: Organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se incluye la vacunación en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).</p> <p>Ley 1122 de 2007: Dispone que cada 4 años el gobierno nacional deberá establecer el Plan Nacional de Salud Pública para otorgar atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales y, además, se incluirá el Plan Nacional de Inmunizaciones, así como los bilógicos que deben incluirse.</p> <p>Ley 1373 de 2010: Por la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana, objeto de la misma, y se actualiza el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En esta ley se incluye la vacuna de neumococo de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación.</p> <p>Ley 1388 de 2010: Ley sobre el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Busca disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y</p>	<p>con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida. Dispone, además, que se debe garantizar la vacunación anual contra la influenza estacional a los familiares y convivientes del menor.</p> <p>Ley 1955 de 2019 - Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: En la Línea de Salud se plantea un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia y cobertura universal sostenible financieramente.</p> <p>Con el objetivo de cumplir dicho pacto, el Plan Nacional de Desarrollo establece acciones encaminadas a honrar sus compromisos, a través de la implementación de intervenciones en salud pública y promoción de políticas saludables, mediante la priorización según carga de enfermedad y el análisis, diagnóstico y particularidades del territorio y poblacionales, así como las acciones intersectoriales, con el fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de los habitantes del territorio nacional</p> <p>Decreto 2323 de 2006 recopilado en el Decreto 780 de 2016: Tiene por objeto organizar la Red Nacional de Laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.</p> <p>Decreto 3518 de 2006 recopilado en el Decreto 780 de 2016: Tiene por objeto crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los acontecimientos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y el control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.</p>
<p>Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual busca dar respuesta a los desafíos de salud pública desde el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el desarrollo territorial que ejerzan gobernadores y alcaldes.</p> <p>Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión Reguladora en Salud: Incluye las vacunas como parte del POS.</p> <p>Circular externa 0051 de octubre de 2003 del Ministerio de Salud y Protección Social: Emite directrices para la financiación de las acciones del PAI puntualizando que, para los regímenes subsidiado y contributivo, es responsabilidad de los aseguradores y, en el caso de la población vinculada (pobres sin capacidad económica), este servicio debe ser garantizado por las entidades territoriales.</p> <p>Circular 27 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social: Introduce la vacuna contra la varicela y modifica el esquema nacional de vacunación.</p> <p>V. FUENTES DE FINANCIACIÓN</p> <p>La salud forma parte del gasto público social, artículos 350 y 366 constitucionales, en concordancia con el artículo 41 del Estatuto Orgánico de Presupuesto (Decreto 111 de 1996). Además, los incisos 4° y 5° del artículo 336 constitucional determinan partidas específicas para la salud derivadas de los monopolios de suerte y azar, y de los licores. Así mismo, el inciso primero del artículo 93, ibídem, establece la prevalencia en el orden interno de los derechos humanos reconocidos en tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso de la República.</p> <p>Asimismo, los artículos 222 de la Ley 100 de 1993 y 25 del Decreto 1283 de 1996, especifica que los recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga - tienen por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad de acuerdo con las prioridades que al efecto defina Instituto de</p>	<p>Evaluación de Tecnología en Salud que serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.</p> <p>VI. CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA</p> <p>El presente proyecto de ley retoma el supuesto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea que los gobiernos tienen una responsabilidad en la salud de la sociedad, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de las medidas sanitarias y sociales adecuadas.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  NORMA HURTADO SÁNCHEZ Representante a la Cámara por el Valle del Cauca </div> <div style="text-align: center;">  MARTHA P. VILLALBA HÓDWALKER Representante a la Cámara </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL Representante a la Cámara por Bogotá </div> <div style="text-align: center;">  JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA Representante a la Cámara por el Valle del Cauca </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  TERESA ENRIQUEZ ROSERO Representante a la Cámara por Nariño </div> <div style="text-align: center;">  JOSÉ RITTER LÓPEZ Senador de la República </div> </div>

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>ELBERT DÍAZ LOZANO Representante a la Cámara por el Valle del Cauca</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Representante a la Cámara por Chocó</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>JUAN DIEGO ECHAVARRÍA Representante a la Cámara por Antioquia</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JHON ARLEY MURILLO BENÍTEZ Representante a la Cámara Circunscripción Especial Afro</p> </div> </div>	<p style="text-align: center;">SECCIÓN DE LEYES SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</p> <p>Bogotá D.C., 04 de agosto de 2020</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 197/20 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA MODERNIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN COLOMBIA”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorable Senador JOSÉ RITTER LOPEZ PEÑA; y los Honorables Representantes NORMA HURTADO SÁNCHEZ, MARTHA VILLALBA HODWALKER, ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL, JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA, TERESA ENRÍQUEZ ROSERO, ELBERT DÍAZ LOZANO, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA, JUAN DIEGO ECHAVARRÍA, JHON ARLEY MURILLO BENÍTEZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA Subsecretario General</p> <p style="text-align: center;">PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 04 DE 2020</p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>CÚMPLASE</p> <p>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>ARTURO CHAR CHALJUB SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA</p>
---	--

CONTENIDO

Gaceta número 640 - Lunes, 10 de agosto de 2020

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

	Págs.
Proyecto de ley número 191 de 2020 Senado, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”.....	1
Proyecto de ley número 192 de 2020 Senado, por medio de la cual se modifican los artículos 3°, 4°, 7° y 11 de la Ley 1355 de 2009 y se adicionan los artículos 8A, 8B, 10A, 10B, 10C, 11A, 12A y 12B y se establecen otras disposiciones.	7
Proyecto de ley número 197 de 2020 Senado, por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia.	18