



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° 1100

Bogotá, D. C., martes, 13 de octubre de 2020

EDICIÓN DE 11 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

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 122 DE 2020 SENADO

por medio del cual se establecen mecanismos de prevención, control y vigilancia del consumo de azúcar en los locales comerciales de bebidas frías y/o calientes y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C.,

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Carrera 7ª N° 8 – 68

Bogotá D.C.

ASUNTO: Concepto sobre el **PL 122/20 (S)** “por medio [de la] cual se establecen mecanismos de prevención, control y vigilancia del consumo de azúcar en los locales comerciales de bebidas frías y/o calientes y se dictan otras disposiciones”.

Cordial saludo,

Teniendo presente que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir primer debate en esa Corporación, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 571 de 2020.

Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinente realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones¹:

1. CONTENIDO

La propuesta se dirige a:

¹ Proyectos de ley análogos han cursado en legislaturas pasadas, tal es el caso del **PL 007/16 (S)** “por medio de la cual se establecen normas sobre la información nutricional, el etiquetado de las bebidas azucaradas y se dictan otras disposiciones – Ley para el Consumo Informado del Azúcar”, y del **PL 178/19 (C)** “por medio [de la] cual se regula la comercialización de bebidas azucaradas en las instituciones educativas y centros educativos del territorio nacional y se dictan otras disposiciones”. Sobre dichas iniciativas esta Cartera se pronunció mediante radicados N° 201611402228561 y N° 201911401431011, de ahí que se retomen algunos puntos por catalogarlos relevantes así como el enfoque de la problemática.

<p>[...] concientizar de manera amplia a los propietarios de todos los establecimientos comerciales (cafeterías, tiendas, vehículos adaptados a la venta de bebidas, ambulantes y otros) sobre las consecuencias del consumo excesivo de azúcares en bebidas frías y/o calientes que aumentan los riesgos de la salud de las personas de enfermedades como la obesidad, diabetes y cáncer, entre otras [...]”</p> <p>Bajo esta perspectiva, dentro de sus preceptos, se prevé lo que a continuación se describe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. En el artículo 2º, definiciones, se hace referencia a “azúcares libres (o añadidos)” y a “azúcares intrínsecos”. 1.2. En el artículo 3º, se indica que, según con las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), se sugiere la reducción en un 10% de la ingesta calórica al día. 1.3. En el artículo 4º, se determina que es tarea de este Ministerio establecer políticas para que las entidades territoriales implementen dichas medidas y precisa que el Gobierno Nacional tendrá 6 meses para su reglamentación. 1.4. En el artículo 5º, se plantea una certificación sobre manejo de alimentos y hábitos saludables de salud. Igualmente, se enuncia que su incumplimiento genera las sanciones de que trata el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. 1.5. En el artículo 6º, se alude a la vigencia. <p>2. CONSIDERACIONES</p> <p>2.1. La alimentación y las bebidas azucaradas</p> <p>La buena alimentación es la fuente de energía para vivir, crecer, estar activo y a la vez se constituye en la primera defensa contra las enfermedades. Los problemas nutricionales causados por una dieta inadecuada pueden ser de muchos tipos y cuando afectan a toda una generación de niños pueden reducir su capacidad de aprendizaje, comprometiendo así su futuro y perpetuando un ciclo generacional de pobreza y malnutrición con graves consecuencias para los individuos y las naciones.</p> <p>² CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Gaceta del Congreso N° 571 de 2020.</p>	<p>Es tal la trascendencia de este tema, que en sí mismo constituye un derecho humano reconocido en diferentes instrumentos jurídicos internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño; en lo que se refiere al Sistema Universal de Derechos Humanos. En lo atinente al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, se encuentra contenido en los textos de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y en el Protocolo Adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. Este último instrumento consagra en su artículo 12 que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. 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. <p>De esta manera, el derecho a la alimentación sana y adecuada se erige como un imperativo moral, una inversión económica para nuestras sociedades y la concreción misma de un derecho humano básico, a fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud y reconociendo las estrechas relaciones entre los alimentos y la salud.</p> <p>El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a través de la Observación General N° 12 de 1999, documento que reporta el nivel de cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del cual Colombia es Estado Parte a partir de la expedición de la Ley 74 de 1968; determina que: “El derecho a la alimentación adecuada se 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”.</p> <p>Dicho instrumento precisa que: “el derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos”. Así mismo, señala que para la oportuna garantía del derecho, éste “es inseparable de la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas, en los planos nacional e</p>
<p>internacional, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos”.</p> <p>Para el caso en estudio, se debe incluir lo previsto en la Observación General en lo concerniente a un componente fundamental para la garantía del derecho y es la asociada con la obligación de los Estados parte de “proteger los recursos alimentarios básicos para el pueblo”, para lo cual deben implementar medidas idóneas que estén dirigidas a “garantizar que las actividades del sector privado y de la sociedad civil sean conformes con el derecho a la alimentación”.</p> <p>En este sentido y para el CDESC, el contenido básico de la alimentación adecuada comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada. - la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos”. <p>Y agrega, a renglón seguido:</p> <p>[...] 9. Por necesidades alimentarias se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación. Por consiguiente, será preciso adoptar medidas para mantener, adaptar o fortalecer la diversidad del régimen y las pautas de alimentación y consumo adecuadas, incluida la lactancia materna, al tiempo que se garantiza que los cambios en la disponibilidad y acceso a los alimentos mínimos no afectan negativamente a la composición y la ingesta de alimentos [...]”.</p> <p>Por su parte, el Comité de Derechos de los Niños refuerza ese aspecto, en la Observación General 15 de 2013, se precisa:</p> <p>[...] b) Suministro de alimentos nutritivos adecuados</p> <p>³ Comité de derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación General 12 de 1999. Por la misma línea, la Observación General 14 de 2000 que refuerza que el derecho a la salud está estrechamente asociado a la alimentación.</p> <p>⁴ <i>Ibid</i>.</p> <p>⁵ En http://www.unhcr.org/es/refugee/GENERAL_47ebccc12_0.html</p> <p>⁶ <i>Ibid</i>.</p>	<p>43. Habrá que adoptar, en función de cada contexto, medidas encaminadas al cumplimiento por los Estados de sus obligaciones de garantizar el acceso a alimentos inocuos, nutricionalmente adecuados y culturalmente apropiados⁷ y luchar contra la malnutrición. Las intervenciones directas en el ámbito de la nutrición de las embarazadas van encaminadas a hacer frente a la anemia y la carencia de ácido fólico y yodo y aportar suplementos de calcio. Todas las mujeres en edad reproductiva deben recibir prevención y tratamiento de la eclampsia y la preclampsia en aras de su salud y de desarrollo saludable del feto y el lactante [...]”.</p> <p>Ahora bien, como parte del cumplimiento de las obligaciones de protección, respeto y garantía⁸ de este derecho, los Estados han enfocado sus esfuerzos principalmente a la erradicación del hambre y la desnutrición, como principales problemas en la garantía de una alimentación adecuada para su población, sin embargo en Colombia la malnutrición ha venido adquiriendo relevancia debido a que las transformaciones económicas, sociales y demográficas han generado una marcada modificación en los patrones alimentarios, reflejada en su mayoría en la sustitución de alimentos naturales y la pérdida de la cocina tradicional, a reducción significativa de consumo de frutas y verduras y la adquisición – consumo de alimentos elaborados con alto contenido de azúcares, grasas y persegantes.</p> <p>Existen importantes evidencias que muestran la relación entre la nutrición inadecuada, la génesis de la aterosclerosis y la enfermedad coronaria. Así mismo, la alta y frecuente ingesta de grasas saturadas, grasas trans y sal, junto con un bajo consumo de frutas, verduras y pescado, han sido asociados con un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares⁹, de ahí su relevancia como factor protector en la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT). Aquí, es importante mencionar que estas enfermedades representan una elevada carga tanto en términos de mortalidad como de morbilidad y guardan un estrecho nexo causal con ciertos factores de riesgo evitables principalmente ligados con estilos de vida inapropiados como regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y el exceso de alcohol.</p> <p>En la actualidad, las ENT amenazan los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. La pobreza está altamente relacionada</p> <p>⁷ Véase Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 11, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 12 (1999) sobre el derecho a una alimentación adecuada, <i>Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social</i> 2011, Suplemento N° 2 (E/2000/22), anexo V.</p> <p>⁸ Observaciones Generales, Convención de derechos del Niño, pág. 288.</p> <p>⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 2.</p> <p>¹⁰ OMS, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet</p>

con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud¹¹.

Ante esta realidad y como parte de los esfuerzos que desde el sector salud se están promoviendo en la consecución de la mega meta en salud relacionada con la disminución en 8% de la mortalidad por ENT en Colombia, el presente documento pretende recoger los principales aspectos y características técnicas contempladas en el proyecto de ley de la referencia y realizará una propuesta regulatoria basada en la evidencia científica y en los avances legislativos de derecho comparado que sobre el tema, se han realizado a nivel mundial, buscando la protección y garantía de los derechos a la alimentación y a la salud de la población colombiana.

Hoy en día, se tiene que la regulación de las bebidas azucaradas es un tema de vigencia. A la par del posicionamiento de esta clase de bebidas a nivel mundial, se ha producido un debate en torno a los efectos que conlleva el consumo de las mismas en la salud.

En Colombia, vale la pena destacar un estudio que se desarrolló frente a los efectos de su consumo en población universitaria. Respecto de los problemas que se han suscitado, se ha manifestado:

[...] Recientes evidencias destacan la importancia de la ingesta de bebidas azucaradas y la relación con la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), el síndrome metabólico, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria isquémica y ciertos tipos de cáncer. En un metanálisis reciente, Rippe demuestra que el consumo habitual y los grandes volúmenes de bebidas con alto contenido de sacarosa y jarabe de maíz alto en fructosa se asocian con ganancia de peso, resistencia a la insulina, acumulación de tejido adiposo visceral y grasa ectópica, así como con elevación de los niveles de triglicéridos y colesterol. Similar resultado reportaron Malik et al. en otro metanálisis que incluyó 11 estudios de cohorte prospectiva, en el que mostraron que el consumo de 334 mL/día de bebidas azucaradas se asoció con el desarrollo de obesidad (RR 1.20, IC 95% 1.02-1.42) y DM-2 (RR 1.25, IC 95% 1.10-1.42). En América Latina, México ilustra claramente la dimensión de este problema, siendo hoy el segundo país que más bebidas azucaradas consume en el mundo. Allí, la ingesta de gaseosas se duplicó en 7 años y el

¹¹ OMS 2015 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

sobrepeso y la obesidad alcanzaron a tres cuartos de la población adulta y al 25% de los niños.

Entre los principales mecanismos por los cuales las bebidas azucaradas promueven el sobrepeso y la obesidad e incrementan los factores de riesgo cardiovascular se destaca el aumento del contenido calórico, la estimulación del apetito y los efectos adversos al consumo de jarabe de maíz alto en fructosa. Sobre este último aspecto, varios trabajos han mostrado que el exceso de fructosa promueve la «lipogénesis» de novo hepática a través de la síntesis de triglicéridos hepáticos. La sobrepoducción de estos contribuiría a un incremento del tejido adiposo y a la posterior acumulación ectópica de lípidos, fenómeno conocido también como «lipotoxicidad», la cual lleva a una resistencia a la insulina. La fructosa puede, además, aumentar el ácido úrico en suero, reduciendo la síntesis de óxido nítrico endotelial, con la consecuente disfunción endotelial – mecanismo asociado al accidente cerebrovascular isquémico hemorrágico y a la presencia de DM-2-. Es importante anotar que la obesidad es un factor de riesgo para DM-2, aunque no es el único mediador en la asociación entre la ingesta de bebidas azucaradas y esta, pues se han descrito mecanismos relacionados con el índice glucémico de las bebidas azucaradas y la consecuente resistencia a la insulina.

Dentro de la misma problemática, se ha demostrado relación entre la ingesta habitual de bebidas azucaradas y el aumento de triglicéridos y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), y la disminución proporcional del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), creando un perfil lipídico aterogénico. Incluso se ha comprobado el efecto hipocalémico inmediato cuando existe un consumo de bebidas azucaradas carbonatadas superior a 1.500 mL/día, con riesgo incrementado de fracturas óseas [...]¹². (Énfasis fuera del texto).

Ante esta situación y teniendo en cuenta su nocividad, se han propuesto una serie de medidas de diversa índole con el fin de controlar el consumo de esta clase de bebidas, sin llegar al extremo de prohibirlas, en un caso paralelo a lo que ocurre con el tabaco. Es decir, en estos eventos el Estado reconoce la letalidad de un producto, pero, por diversas circunstancias, entre ellas su legalidad y aceptabilidad durante muchos años, debe optar por medidas dirigidas a desincentivar su consumo. Sobre el particular, se pueden enunciar las siguientes:

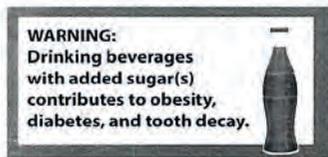
- En ciertos países, se ha adoptado un impuesto con fines de salud pública a esa clase de bebidas¹³. Es la situación acontecida en Estados Unidos, Noruega (1981), Samoa (1984), Australia (2000), Polinesia (2002), Fiji (2006), Nauru

¹² Robinson Ramírez-Vélez, Mónica L. Cjeda, M. Alejandra Tordecilla, Jhonatan C. Peña, José F. Meneses. "El consumo regular de bebidas azucaradas incrementa el perfil lipídico-metabólico y los niveles de adiposidad en universitarios de Colombia" en Revista Colombiana de Cardiología, vol. 23 número 1, enero-febrero 2016.
¹³ En https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=637/los-impuestos-refrescos-bebidas-azucaradas-medida-salud-publica&Itemid=499

(2007), Finlandia (2011), Hungría (2011), Francia (2012)¹⁴, Reino Unido (2016), Sudáfrica¹⁵, Cataluña (2017) y Filipinas (2019)¹⁶. México (2014), derivado del alto consumo en su población de esas bebidas, adoptó un impuesto a las mismas¹⁷, Chile, en el mismo año, y Perú hizo lo propio en 2018¹⁸.

- De igual forma, se ha regulado el etiquetado y la advertencia. En San Francisco, Estado de California, Estados Unidos, por ejemplo, se aprobó una serie de advertencias respecto de su consumo, a tal punto que se incluyó en esta clase de bebidas el siguiente mensaje: "WARNING: Drinking beverages with added sugar(s) contributes to obesity, diabetes, and tooth decay. This is a message from the City and County of San Francisco"¹⁹.

El aviso aprobado es el siguiente:



- Asociado a lo que se viene tratando, se considera conducente adoptar medidas tendientes a limitar la publicidad asociada a otras medidas para controlar el consumo. La OMS, en la guía de recomendaciones pretendía limitar su consumo a 25 gramos. En Nueva York, por citar otro ejemplo, se propuso la reducción del tamaño de los envases.

¹⁴ *Ibid*
¹⁵ En <https://elpuerto.comunicador.org/2017/12/oms-efectiva-sudafrica-sumarise-los-paises-establecon-impuestos-las-bebidas-azucaradas/>
¹⁶ En <https://www.noticisenasalud.com/salud-publica/2019/01/02/la-trayectoria-de-los-impuestos-a-las-bebidas-azucaradas>
¹⁷ En https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18390/978-92-75-31871-3_esn.pdf?sequence=5&isAllowed=y
¹⁸ En <https://www.diputados.gob.mx/govnet/temas-on-soft-drinks-in-the-americas-trend-or-necessity/>
¹⁹ En <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/2016/05/19/public-health-win-san-francisco-law-reduces-beverage-watering-up-sugary-drink-advertisin/>

Cada una de estas medidas persigue el desarrollo coherente de una política de salud pública en la materia guiada hacia el control del consumo, la visibilización y la conciencia de la situación.

2.2. La regulación existente

Este Ministerio, atendiendo la importancia que tiene el tema, mediante la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, adoptada mediante la Resolución 3280 de 2018, y modificada a través de la Resolución 276 de 2019, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud insta a la nación a intervenir de forma poblacional, colectiva e individual, para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. En ese sentido, se estima conducerte la iniciativa legislativa sobre la información que pueda brindarse al consumidor en cuanto al efecto que tiene el consumo de bebidas azucaradas, a fin de crear entornos saludables que promuevan el consumo y oferta de alimentos saludables; para revertir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y obesidad, entre otras. No obstante, se recomienda revisar el impacto que pueda tener este tipo de propuestas en el consumidor y considerar las acciones que ya viene realizado el Gobierno en esta materia.

Naturalmente, no se debe desconocer la Resolución 3803 de 2016 "por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones".

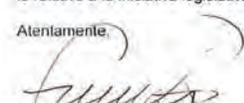
2.3. Comentarios específicos

Sobre la base del esfuerzo nacional ya existente, respetuosamente, se realizan algunas observaciones y ajustes al articulado de conformidad con lo que a continuación se describe:

- i. En cuanto al objeto (arL 1°), teniendo en cuenta que el mensaje está dirigido al consumidor y no al propietario, debería enfatizarse en ello, haciéndose extensivo a los expendedores de alimentos en sus diversas formas organizativas. Un especial énfasis debe existir en los niños, niñas y adolescentes que son una población en formación y receptora de las múltiples campañas publicitarias de consumo que van mellando su capacidad de elegir de manera consciente los alimentos nutritivos. Naturalmente, la conciencia de la persona que comercializa estos

<p>productos es importante, pero es claro que su objetivo es obtener ganancias lo que puede distorsionar el grado de conciencia que se requiere, tal y como puede suceder con la industria productora.</p> <p>Esto implica revisar si es necesario una ley para este tipo de acciones de información y comunicación, toda vez que este propósito puede lograrse con mejores resultados a través de compañías educativas eficaces que logren el efecto deseado.</p> <p>ii. En punto a las definiciones (art. 2º), las mismas ya se encuentran establecidas en el artículo 3º de la Resolución 3803 de 2016, así:</p> <p>[...] 3.4. Azúcares intrínsecos: son los que se encuentran presentes en las células de las paredes de las plantas principalmente en frutas (fructosa) o como la lactosa en la leche.</p> <p>3.5. Azúcares libres: los azúcares libres incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos intencionalmente a los alimentos y las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor (sacarosa, jarabe de maíz alto en fructosa, jarabe de malta, miel y melaza) más los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos de frutas [...]</p> <p>Por tanto, además de que ya existen en el ordenamiento, no se considera viable contemplarlas en la ley ya que crean un grado de rigidez que puede dificultar, en un futuro, la aplicación de la norma.</p> <p>iii. En relación con el límite al consumo (art. 3º), el término adecuado es "recomendación de ingesta", la cual fue prevista en la Resolución 3803 ya mencionada, de la siguiente manera:</p> <p>[...] Recomendaciones de ingesta de carbohidratos:</p> <p>Para carbohidratos se establecen las recomendaciones de ingesta expresadas como Requerimiento Promedio Estimado EAR, el Aporte Dietético Recomendado - RDA y el Rango Aceptable de Distribución - AMDR para niños y niñas mayores de 1 año y adultos. En niños y niñas menores de un año se adopta la Ingesta Adecuada - AI [...]</p> <p>[...] Azúcares libres: Se adopta un valor guía de ingesta de azúcares libres para la población colombiana correspondiente al 10% del Requerimiento Promedio de Energía por grupo de edad y género.</p> <p>Nota: Las recomendaciones que se establecen de azúcares libres no se aplican al consumo de azúcares intrínsecos presentes en las frutas y verduras frescas. [Énfasis fuera del texto]</p>	<p>No obstante y como se expresó en punto a las definiciones, no es apropiado estipular esta recomendación en la ley, teniendo presente la necesaria flexibilidad requerida en estos casos y que el campo de aplicación es más amplio, tal como se dispuso en la Resolución 3803 de 2016:</p> <p>[...] 2.1. Las personas naturales y/o jurídicas que realicen evaluación y planeación de dietas individuales, de grupos poblacionales o programas de intervención nutricional y alimentaria.</p> <p>2.2. Las personas naturales y/o jurídicas que diseñen, formulen, procesen y evalúen productos alimentarios, nutricionales y suplementos dietéticos.</p> <p>iv. En lo atinente al artículo 4º, se evidencian varios aspectos que deben resaltarse. Se proponen 3 acciones básicas, a saber:</p> <p>(1) Variedad de tipos de azúcar para que el consumidor pueda elegir. (2) Ubicación de letreros sobre información de los riesgos del consumo de azúcar. (3) Capacitación por parte de las entidades territoriales sobre el manejo de alimentos y hábitos saludables.</p> <p>Frente a la acción número (1), es importante aclarar que el efecto en salud de los diferentes tipos de azúcar mencionados, tales como: sacarosa, fructosa y glucosa, es el mismo, al ser un azúcar simple y que se adiciona a la bebida, se absorben en el intestino generando una respuesta rápida en la glucemia y cuando se supera la recomendación de ingesta puede ser un riesgo para la salud por adquirir enfermedades relacionadas, tales como: obesidad, diabetes, caries y algunos tipos de cánceres. Al ser la consecuencia similar, no se entiende el impacto que pueda tener en el consumidor las diferentes opciones de azúcares añadidos.</p> <p>En cuanto a la acción número (2), si bien este Ministerio considera positivo que los establecimientos comerciales informen al consumidor sobre el efecto del consumo de bebidas azucaradas, no tiene la competencia para obligar al establecimiento comercial pues comprende la órbita de funciones del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y de la Superintendencia de Industria y Comercio.</p> <p>En lo referente a la acción número (3), es oportuno informar que las medidas de información, educación y comunicación, en el manejo de alimentos y hábitos saludables, están establecidas en la mencionada Resolución 3280 dc 2018, ruta</p>
<p>de promoción y mantenimiento de la salud, sobre las acciones de educación brindadas en todos los entornos, en ese entendido, las entidades territoriales en salud y el Invima ya vienen desplegando acciones de capacitación en los temas relacionados.</p> <p>Adicionalmente, este Ministerio, en el desarrollo de sus competencias, ha venido ejerciendo acciones en conjunto con el sector gastronómico, en el que se incluyen establecimientos, escuelas de gastronomía y la academia, para aunar esfuerzos en la oferta de preparaciones saludables. En el año 2017, se emitió el manual del sector gastronómico, el cual sintetiza las acciones para disminuir (entre otros) el consumo de azúcares en los restaurantes, en todas las etapas de elaboración, y en la fase de planeación se propone incluir en el menú bebidas con diferentes niveles de dulzor para dar opciones de elección saludables para el consumidor. Mientras en la etapa de compras se busca limitar la compra de bebidas azucaradas ya sean líquidas o para reconstituir en polvo, prefiriendo la compra de frutas y ofreciendo jugos naturales con poca o sin azúcar, en la etapa de distribución, se pretende que, al momento de ofrecer la opción de bebidas, se evite ofrecer bebidas industrializadas (gaseosas – refrescos), a menos de que el cliente lo desee.</p> <p>Sobre el particular, cabe señalar que el manual se encuentra en proceso de implementación²⁰.</p> <p>Adicionalmente, esta Cartera en el marco de la promoción de una alimentación saludable ha venido realizando las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expedición de la aludida Resolución 3803 de 2016 encaminada a promover una dieta equilibrada que aporte la cantidad y calidad necesaria de energía y nutrientes correspondientes al mantenimiento del estado nutricional y de salud de toda la población, se espera que la población colombiana pueda acceder a una alimentación saludable previniendo enfermedades no transmisibles. - Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), como una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, <p>²⁰ Cf. https://www.minsalud.gov.co/sites/nd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Manual-operativo-2017-gastronomico.pdf</p>	<p>EAPB, prestador) y de otros sectores. Comprende las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación de la enfermedad. En este contexto y como ya se indicó, el Ministerio expidió la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, la cual establece acciones de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que despliegan acciones en salud, de acuerdo a sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, entre ellas, la promoción de la alimentación saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de la mesa técnica del sector gastronómico: con la participación del SENA, escuelas de gastronomía y representantes de los restaurantes. - Durante los años 2017 y 2018, se formuló y validó la propuesta operativa para la promoción de la alimentación saludable en el sector gastronómico. - En el transcurso del año 2019, se construyó la herramienta de promoción de la alimentación saludable en el sector, incluyendo cada una de las fases de compra y preparación de alimentos, con actividades direccionadas a producir comidas saludables. Cada etapa cuenta con una semaforización de los procesos de tal manera que quien administre el restaurante pueda aplicarla y establecer los procesos que se realizan de manera correcta, los llamados a ajuste y aquellos que deban empezar a implementarse. - Construcción del curso de capacitación – alimentación cardiosaludable en el marco de la estrategia de salud cardiovascular R E C E T A- A, dirigido a los equipos básicos de salud que manejan hipertensión, iniciando su implementación en diciembre de 2019 con las Direcciones Territoriales de

<p>Salud y brindando acompañamiento técnico para su difusión en las instituciones de salud de cada jurisdicción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la Población Colombiana Mayor de 2 Años. Es una herramienta nacional en materia de alimentación saludable, la cual busca contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de 9 mensajes comprensibles, y orienta a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales, sobre cómo debe ser su alimentación. - Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes. En el marco de la Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, además de la promoción del pinzamiento oportuno del cordón umbilical al nacimiento, el fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna, oportunidad y calidad en el inicio de la alimentación complementaria, se realizó la implementación del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional como una respuesta programática universal con pertinencia étnica, de género y territorial. - Promoción de consumo de frutas y verduras: Esta Cartera ha desarrollado diferentes acciones articuladas con otros sectores, como lo son el concurso abierto para generar procesos creativos que pudieran ser aplicados a la implementación de puntos de distribución de frutas y verduras, de esta experiencia se premiaron 6 propuestas aplicables en los entornos y de las cuales se escogió la propuesta ganadora para el entorno laboral: la maquina dispensadora de frutas y verduras, manuales y ABCs para la implementación de estos puntos, con la consecuente inclusión de este tema en los planes territoriales de salud de los diferentes territorios del país. Igualmente, se desarrolló un documento técnico de promoción de consumo de frutas y verduras en el cual se definen las líneas de acción y los responsables para promover el consumo de estos alimentos naturales y frescos. - Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sal/Sodio: su objetivo es contribuir a la disminución de la morbilidad atribuible a hipertensión 	<p>arterial y enfermedad cardiovascular en la población colombiana, mediante la reducción gradual del consumo de sal proveniente de las diferentes fuentes alimentarias, hasta lograr la recomendación de la OMS prevista para el año 2021 (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día). Cuenta con varias líneas de acción: industria, proveeduría, sector gastronómico, información, educación y comunicación y vigilancia e investigación. Actualmente, se ha avanzado en la formulación del reglamento que define los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, el plan piloto del sector gastronómico que busca disminuir la sal en preparaciones priorizadas y acciones de IEC como documentos técnicos y documentos al consumidor sobre el sodio, efectos en salud y mitos frente a su consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan para la eliminación de grasas trans y la reducción del consumo de grasas saturadas en Colombia: su objetivo es contribuir a la disminución de la morbilidad atribuible a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardiovascular), a través de acciones que propendan por la reducción de grasas trans y saturadas en los alimentos que consume la población colombiana, mediante una serie de líneas de acción: medidas regulatorias, alimentos preparados, información, educación y comunicación y la línea de investigación. En este plan se ha avanzado en la modificación de la regulación de contenidos de grasas trans en aceites y grasas, y en la construcción del documento del buen uso, manejo y disposición de aceites y grasas. <p>De acuerdo a las anteriores consideraciones y que las acciones en información y educación ya se vienen realizando, se recomienda replantear este artículo hacia algunas medidas más costo-efectivas para reducir el consumo de azúcares, tal como lo recomienda la OMS, entre otras, estimando la posibilidad de utilizar instrumentos económicos, como impuestos y subsidios, para aumentar la asequibilidad y fomentar el consumo de los productos alimentarios más saludables, y desincentivar el consumo de otros alimentos menos saludables.</p> <p>En lo que tiene que ver con la facultad reglamentaria (art. 4°, parágrafo 2), es de resaltar que esta clase de cláusulas han sido catalogadas contrarias a nuestro ordenamiento. En efecto, sobre el límite en el tiempo de la facultad reglamentaria, la Corte Constitucional ha enfatizado:</p>
<p>[...] 48- Respecto del primer lóxico, debe la Sala recordar cómo la jurisprudencia constitucional ha insistido en que someter la potestad reglamentaria a una limitación de orden temporal significa desconocer lo establecido en el artículo 189 numeral 11, superior²¹. Según lo previsto en el referido precepto constitucional, la potestad reglamentaria no solo radica en cabeza del Presidente de la República como suprema autoridad administrativa sino que el Presidente conserva dicha potestad durante todo el tiempo de vigencia de la ley con el fin de asegurar su cumplida ejecución. En otras palabras: el legislador no puede someter a ningún plazo el ejercicio de la potestad reglamentaria. Al haber sujetado el artículo 19 al ejercicio de tal potestad a un plazo, incurrió en un práctica que contradice lo dispuesto por el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Nacional, motivo por el cual la Sala declarará inexecutable el siguiente aparte del artículo 19 de la Ley 1101 de 2006: "en un plazo no superior a seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia"²².</p> <p>Se insiste, en consecuencia, que por la naturaleza de la facultad reglamentaria, la misma no es susceptible de esta clase de restricciones y así lo ha reiterado el Máximo Tribunal.</p> <p>Adicionalmente, en la sentencia C-765 de 2012, se acentuó:</p> <p>[...] Sin embargo, recordando que el poder reglamentario es una facultad presidencial autónoma, la Corte ha precisado que su ejercicio frente a las leyes cuya aplicación corresponde a la Rama Ejecutiva no depende de una pretendida habilitación legislativa, como también que en ningún caso se extingue esta facultad por el agotamiento del término que hubiere señalado en la ley. Así, la suprema autoridad administrativa tiene entonces competencia para expedir decretos reglamentarios respecto de cualquier ley que deba ser cumplida por sus subalternos, y puede hacerlo sin límite de tiempo, pudiendo incluso modificar, reemplazar o derogar las normas que con anterioridad hubiere dictado²³ [...]²⁴.</p> <p>Finalmente, ha precisado:</p> <p>[...] Conforme a lo indicado en precedencia, dado que la potestad reglamentaria del Presidente es una atribución constitucional inalienable, intransferible e irrenunciable, que puede ser ejercida en cualquier tiempo, cuando el legislador, como ocurre en este caso, ha establecido un plazo, este tiene un carácter meramente "impulsor", pues de ningún modo implica una caducidad ni irripide al Gobierno modificar los reglamentos en cualquier tiempo.</p> <p>²¹ Cfr. CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-066 de 1999, MM.PP. Fabio Morán Díaz & Alfredo Beltrán Sierra. ²² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-1005 de 2008, M.P. Humberto Sierra Porto. ²³ Cfr. sobre este aspecto, entre otras, las sentencias C-805 de 2001 (M. P. Rodrigo Escobar Gil), C-508 de 2002 (M. P. Alfredo Beltrán Sierra) y C-1005 de 2008 (M. P. Humberto Sierra Porto). ²⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-765 de 2012, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.</p>	<p>para ajustarlos a nuevos contextos, mientras las normas legales a las cuales se sujeta su competencia se encuentren vigentes [...]²⁵.</p> <p>Con esto debe resaltarse que, la facultad de reglamentación es abierta y no puede condicionarse en el tiempo, ya que es una de las funciones básicas que la Constitución encomienda al Presidente de la República (art. 189 numeral 11) por lo que su desconocimiento contraviene la Carta Política.</p> <ul style="list-style-type: none"> v. En cuanto al artículo 5°, a partir de lo enunciado en el precepto anterior, este Ministerio considera que la certificación de un establecimiento en "manejo de alimentos y de hábitos saludables en salud", estaría en contra de lo que actualmente rige en la normalidad sanitaria, es decir, todos los establecimientos en donde se expendan alimentos deben cumplir lo requerido en inocuidad para garantizar que se ofrezcan alimentos seguros. De otra parte, la certificación de un establecimiento en hábitos saludables, debería ser una estrategia global que incluya no solamente, el consumo de azúcares, sino también, de grasas y sal/sodio y el aumento de consumo de alimentos naturales y frescos, así como otros hábitos saludables (ambientes libres de humo, aumento de actividad física), por ende, se sugiere revisar el propósito de esta disposición. <p>Es más, no es clara la remisión al Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana ni a qué se verían avocados quienes no cumplieran con la certificación.</p> <p>3. CONCLUSIÓN</p> <p>Por las razones expuestas, si bien esta Cartera comparte que la propuesta continúe su curso, se hace necesario tener en cuenta las observaciones que se han efectuado sobre su contenido dado que se han desarrollado acciones en el marco de la promoción de la alimentación saludable en todos los entornos y cursos de vida, a través de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018 y consecuente modificación), así como las estrategias implementadas en el sector gastronómico, medidas de comunicación y educación donde se informa a la comunidad los riesgos del consumo excesivo de alimentos con altos contenidos de sodio, azúcares y grasas. Estas campañas se han desplegado en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas de las entidades territoriales, con ocasión de las acciones de promoción y prevención a su cargo, como se hizo mención.</p> <p>²⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-189 de 2017, M.P. José Antonio Cepeda Amaris.</p>

<p>Sin perjuicio de lo anterior, también resulta oportuno prestar atención a las disposiciones que inflexibilizan la normatividad de protección y a los preceptos que pueden desconocer normas superiores.</p> <p>En estos términos se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia.</p> <p>Atentamente,</p>  <p>FERNANDO RUIZ GÓMEZ Ministro de Salud y Protección Social</p> <p>Aprobó: Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios // Dirección Jurídica</p>	<p>LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza <u>la publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes:</p> <p>CONCEPTO: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL REFRENDADO POR: DOCTOR FERNANDO RUIZ GÓMEZ-MINISTRO. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 122/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN MECANISMOS DE PREVENCIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA DEL CONSUMO DE AZÚCAR EN LOS LOCALES COMERCIALES DE BEBIDAS FRÍAS Y/O CALIENTES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" NÚMERO DE FOLIOS: DIECIOCHO (18) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: VIERNES NUEVE (09) DE OCTUBRE DE 2020. HORA: 17:31 A.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p>  <p>JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO</p>
---	---

**CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO**

por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C.,</p> <p>Doctor CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE Senador de la República Congreso de la República Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo Bogotá D.C.</p> <p>ASUNTO: Concepto sobre regulación normativa a la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria. Rad. Superintendencia Nacional de Salud 1-2020-97282. Rad. Ministerio de Salud y Protección Social 202042300319452.</p> <p>Honorable Senador.</p> <p>Mediante el oficio No. 2-2020-18547, la Superintendencia Nacional de Salud remitió a esta Dirección, su comunicación mediante la cual manifiesta:</p> <p><i>"Para fines propios de mí función legislativa, me encuentro trabajando en un proyecto legislativo que busque regular la Profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria, perteneciente al área de la salud, para asegurar que su ejercicio y competencias profesionales, se desarrollen conforme a los estándares internacionales y del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud. A lo cual, requiero su concepto sobre la regulación normativa de esta materia desde su cartera, y aquellas consideraciones adicionales que estime pertinentes."</i></p> <p>En atención a su requerimiento, de manera atenta le informo lo siguiente:</p> <p>En cuanto a la expedición de regulación sobre ejercicio de las profesiones (incluidos todos los niveles de la educación superior: técnico profesional, tecnólogo, profesional, especialización, maestría y doctorado) y ocupaciones del área de la salud, debe tenerse en cuenta que el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007¹ establece los requisitos para el ejercicio de las mismas.</p> <p><small>¹ Ley 1164 de 2007 "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud".</small></p>
--

Actualmente la formación en Atención Prehospitalaria es ofrecida y desarrollada en Colombia, en los niveles técnico profesional y tecnológico de la Educación Superior.

Consultado el Sistema Nacional de Información de la Educación superior – SNIES, del Ministerio de Educación Nacional, el cual registra información sobre instituciones y programas académicos de la educación superior en Colombia, se encuentra que este registra activos cinco (5) programas académicos de Técnica Profesional en Atención Prehospitalaria, todos de la Universidad de Antioquia y todos para ser ofrecidos y desarrollados en diferentes municipios del Departamento de Antioquia, con una duración de 3 semestres (un año y medio).

Respecto de programas de Tecnología, el SNIES registra once (11) programas académicos de Tecnología en Atención Prehospitalaria, de diferentes instituciones de educación superior, en diferentes departamentos del país (Universidad Tecnológica de Pereira – UTP en Pereira, Universidad Militar Nueva Granada en Cajica, Universidad del Valle y Universidad Santiago de Cali, ambas en Cali, Universidad Autónoma de Manizales en Manizales, Universidad CES en Medellín y Bogotá D.C., Corporación Universitaria Adventista – UNAC en Medellín y Bucaramanga, Corporación Universitaria Rafael Nuñez en Cartagena y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA- en Medellín). Estos programas tienen en promedio, una duración de 6 semestres (tres años).

Frente a los currículos de los programas académicos de educación superior, cabe señalar que corresponde a las Instituciones de Educación Superior, en ejercicio de su Autonomía Universitaria, la definición de los mismos, los cuales, en todo caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el artículo 99 de la Ley 1438 de 2011², deben responder "a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Para la organización del Servicio de Atención Prehospitalaria³, el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere lo siguiente:

1. Que la Ley propenda por el desarrollo de las competencias en Atención Prehospitalaria al nivel de la formación Tecnológica de la educación superior, por sobre la formación a nivel Técnico Profesional.

² Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

³ Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud", página 227.

La Ley debe impulsar la formación en Atención Prehospitalaria al nivel de Tecnología, teniendo en cuenta el riesgo social que implica el ejercicio de este talento humano, el cual debe realizar las actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta el traslado del paciente hasta las instalaciones de un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Debe tenerse en cuenta que los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria tienen en promedio, un (1) año y medio más de preparación sobre los Técnico Profesionales y, sin embargo, tienen los mismos campos de desempeño.

2. Que la Ley señale claramente que la normatividad vigente no contempla la formación en Atención Prehospitalaria a nivel profesional universitario, ya que las competencias para la atención del paciente en un nivel avanzado, tanto en ambiente prehospitalario como en el hospitalario, son desarrolladas por los Profesionales en Medicina y Enfermería. Por esta misma razón, las ambulancias para la atención de mediana complejidad, deben estar tripuladas por Profesionales en Medicina⁴.
3. Que la Ley señale que la formación en Atención Prehospitalaria no debe desarrollar competencias de otros perfiles, en especial, las Instituciones de Educación Superior deben tener la precaución de no incluir el desarrollo de competencias propias de los Profesionales de Enfermería y Medicina y de los Auxiliares del Área de la Salud (Auxiliar en Enfermería, Auxiliar Administrativo en Salud, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, Auxiliar en Salud Oral).
4. Que la Ley señale, de manera especial, que la formación en Atención Prehospitalaria no debe incluir el desarrollo de competencias para realizar Atención Domiciliaria a paciente crónico o a paciente que continúa la hospitalización en casa, ya que estas corresponden a la formación Profesional en Medicina y Enfermería y a la formación Auxiliar en Enfermería.
5. Que la Ley señale que durante la Atención Prehospitalaria, las decisiones de tratamiento inicial de pacientes y las decisiones de tratamiento durante el traslado, deben estar avaladas por un Profesional en Medicina.

⁴ Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud", página 218 y 219.

6. Que la Ley señale que, por la misma naturaleza del perfil en Atención Prehospitalaria, este está llamado a desempeñarse, como su nombre lo indica, en la atención de pacientes antes de su ingreso al ambiente hospitalario, por lo tanto, entre los ámbitos de desempeño para el ejercicio de la Atención Prehospitalaria no se debe contemplar el Intrahospitalario, a excepción del Triage en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias de baja complejidad.

Atentamente,



LUIS GABRIEL BERNAL PULIDO
 Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes:

CONCEPTO: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
REFRENDADO POR: DOCTOR FERNANDO RUÍZ GÓMEZ-MINISTRO.
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 122/2020 SENADO.
TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN MECANISMOS DE PREVENCIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA DEL CONSUMO DE AZÚCAR EN LOS LOCALES COMERCIALES DE BEBIDAS FRÍAS Y/O CALIENTES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"
NÚMERO DE FOLIOS: DIECIOCHO (18) FOLIOS
RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: VIERNES NUEVE (09) DE OCTUBRE DE 2020.
HORA: 17:31 A.M.

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

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

 <p>Bogotá D.C.</p> <p>Honorable Senador CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE Congreso de la República Edificio Nuevo del Congreso Ciudad</p> <p>Asunto: Derecho de Petición Radicado MEN 2020-ER-047933 y 2020-ER-049436</p> <p>Respetado Senador Motoa, reciba un cordial saludo.</p> <p>Con el propósito de atender la solicitud de información realizada mediante el derecho de petición del asunto, sobre la regulación de la profesión de tecnólogo pre-hospitalaria, de manera atenta el Ministerio de Educación Nacional (MEN) da respuesta en los siguientes términos.</p> <p>Como contexto para su consulta es de señalar que de acuerdo con lo establecido en la Ley 30 de 1992 y la Ley 115 de 1984, las Instituciones de Educación Superior se clasifican según su carácter académico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones Técnicas Profesionales • Instituciones Tecnológicas • Instituciones Universitarias o Escuelas Tecnológicas • Universidades <p>Estas instituciones imparten formación a través de dos modalidades: pregrado y posgrado. En la modalidad de pregrado existe tres niveles de formación que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel Técnico Profesional (relativo a programas Técnicos Profesionales) • Nivel Tecnológico (relativo a programas tecnológicos) • Nivel Profesional (relativo a programas profesionales universitarios). <p>De igual manera, en el nivel de posgrado existen tres niveles los cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especializaciones (relativas a programas de Especialización Técnica Profesional, Especialización Tecnológica y Especializaciones Profesionales). • Maestrías. • Doctorados. <p>En ese panorama, el Gobierno Nacional brinda garantías en la calidad de la educación superior que se imparte en el país, y para ello creó el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, que es el conjunto de instituciones e instancias dentro del sistema educativo, definidas por el marco normativo vigente, que se articulan por medio de políticas y procesos diseñados con el propósito de asegurar la calidad de las instituciones y de sus programas. Este sistema promueve en las instituciones los procesos de autoevaluación, autorregulación y mejoramiento de las funciones sustantivas, contribuyendo al avance y fortalecimiento de su comunidad y sus resultados académicos, bajo principios de equidad, diversidad, inclusión y sostenibilidad, con el fin de garantizar que los jóvenes del país desarrollen sus estudios en programas académicos de calidad.</p>	<p>El Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, cuenta con una trayectoria de casi 30 años y se ha centrado en la evaluación de las capacidades y procesos. Sin embargo, las dinámicas y tendencias globales de la educación superior evidenciaron la necesidad de estructurar un sistema basado en resultados de aprendizaje de los estudiantes, que sea incluyente y articulado, reconozca y promueva la diversidad de las instituciones y programas académicos y fomente la corresponsabilidad de todos los actores del sistema.</p> <p>Atendiendo estos desafíos, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 —Ley 1955 de 2019— se generó una agenda de impulso a la Educación Superior encaminada a mejorar la calidad educativa. Durante el año 2018 y 2019 se realizaron 29 talleres denominados “La calidad es de todos” con la participación de 600 representantes de 247 instituciones del país y se creó la comisión permanente conformada por representantes del Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), Consejo Nacional de Acreditación (CNA) y la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES), instituciones e instancias que participaron activamente en la construcción normativa.</p> <p>En estos espacios de trabajo colaborativo se evidenció la necesidad de fortalecer no solo el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, sino también el Sistema Nacional de Acreditación; y como resultado, se crearon las bases del Decreto 1330 del 25 de julio de 2019 que establece las condiciones de calidad para el registro calificado, en el que se evalúan las capacidades y procesos de las Instituciones y los programas académicos, así como los resultados académicos que vinculan el aprendizaje de los estudiantes.</p> <p>La principal herramienta con la que cuenta este sistema para asegurar la calidad es el Registro Calificado, el cual le permite al Estado verificar el cumplimiento de las Condiciones de Calidad por parte de las instituciones de educación superior.</p> <p>La obtención del registro calificado es obligatoria para las Instituciones que pretenden ofrecer y desarrollar programas académicos de educación superior. El marco legal está dado principalmente por la Ley 1188 de 2008 y el Decreto 1330 de 2019, este último que a su vez se compila en el Decreto 1075 de 2015 —Único reglamentario del Sector Educación.</p> <p>Otras de las herramientas principales del sistema de aseguramiento es la Acreditación en Alta Calidad, la cual es un proceso voluntario para las Instituciones de Educación Superior -IES-, las cuales pueden acreditarse institucionalmente o bien pueden acreditar sus programas académicos que previamente han obtenido el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008. Es de señalar que estos reconocimientos, tanto el de Acreditación como el de Registro Calificado, tienen una vigencia temporal y no son necesariamente iguales.</p> <p>La Acreditación en Alta Calidad tiene como objetivo fundamental garantizar a la sociedad que las instituciones que hacen parte del Sistema cumplen los más altos requisitos de calidad para realizar sus propósitos y objetivos.</p> <p>En el caso específico de los programas del área de la salud, debe tenerse en cuenta que de conformidad con el inciso final del artículo 101 de la Ley 1438 de 2011, “los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social”</p>
<p>Dicho procedimiento para programas académicos del área de la salud involucra evaluaciones de (i) pertinencia —a cargo del Ministerio de salud y Protección Social—; (ii) de condiciones de calidad —a cargo del Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo de la Comisión Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES)—; y (iii) de docencia-servicio, esto es, los escenarios de práctica clínica previstos para cada programa —con aval por parte de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (CITHS).</p> <p>De acuerdo con lo anterior, se concluye que los procesos de registro calificado de programas académicos del área de la salud culminan con actos administrativos expedidos por el Ministerio de Educación Nacional, titular de la potestad de su otorgamiento, a la luz de la Ley 1188 de 2005 y en los términos definidos en el Decreto 1075 de 2015, con los ajustes introducidos por el Decreto 1330 de 2019. En dichos actos administrativos se contiene el concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la pertinencia del programa, de la evaluación de condiciones de calidad por parte de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) - Sala de Salud y Bienestar, y de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud – CITHS, sobre los escenarios de práctica que conforman la relación docencia-servicio prevista para la propuesta académica.</p> <p>De esta forma y para ejecutar lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, se pronuncia sobre la pertinencia de los nuevos programas académicos de educación superior en el área de la salud.</p> <p>Ahora bien, nos permitimos informar sobre las funciones de este Ministerio y la regulación del ejercicio profesional, en los siguientes términos.</p> <p>Los objetivos, funciones y competencias del Ministerio de Educación Nacional (MEN) versan fundamentalmente sobre la formulación, ejecución, evaluación y ajuste de las políticas, planes, programas y proyectos nacionales de la educación en todos sus niveles y modalidades (Decreto Nacional 5012 de 2009).</p> <p>En concordancia con lo anterior, no debe perderse de vista que la participación del MEN en las juntas y consejos profesionales, a través del Ministro de Educación o su delegado, fue suprimida en virtud del artículo 64 de la Ley 962 de 2005, cuyo tenor literal dispuso lo siguiente:</p> <p><i>“Artículo 64. Racionalización de la participación del Ministro de Educación o su representante o delegado, en juntas y consejos. A partir de la vigencia de la presente ley, suprimase la participación del Ministro de Educación Nacional, o de su representante o delegado, en las siguientes juntas y consejos:</i></p> <p><i>Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas. Comisión Profesional Colombiana Diseño Industrial. Consejo Profesional de Biología. Consejo Asesor Profesional del Artista. Consejo de Ingeniería Naval y Afines. Consejo Nacional de Técnicos Electricistas. Consejo Profesional Nacional de Tecnólogos en Electricidad, Electromecánica, Electrónica y Afines. Consejo Nacional de Bibliotecología. Consejo Nacional Profesional de Economía. Consejo Profesional de Administración de Empresas Nacional de Trabajo Social. Consejo Profesional de Ingeniería de Transporte y Vías de Colombia. Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y Profesiones Auxiliares. Consejo Profesional de Agentes de Viaje.</i></p>	<p>Consejo Profesional de Geógrafos Consejo Profesional de Geología Consejo Profesional de Administrador Público. Consejo Profesional de Guías de Turismo. Consejo Profesional Nacional de Ingeniería Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines. Consejo Profesional de Medicina, Veterinaria y Zootecnia. Consejo Profesional de Química. Consejo Profesional Nacional de Ingeniería y Profesiones Auxiliares. Consejo Profesional Nacional de Tecnólogos en Electricidad, Electromecánica, Electrónica y Afines. Consejo Profesional Nacional de Topografía. Consejo Técnico de Contaduría. Consejo Técnico Nacional de Enfermería. Consejo Técnico Nacional de Optometría. Fundación Museo Omar Rayo. Junta Directiva Fundación Orquesta Sinfónica del Valle. Junta Directiva Instituto Departamental de Bellas Artes de Cali”.</p> <p>La norma legal anterior fue reglamentada por el Decreto Nacional 2588 de 2006, compilado en el Decreto Nacional 1075 de 2015, el cual dispuso lo siguiente:</p> <p><i>“Artículo 2.2.1.2. De la función de ordenación del gasto. Salvo que la ley disponga otra cosa, cuando por disposición normativa el ejercicio de la presidencia del consejo o junta que era competencia del Ministro de Educación Nacional o su representante o delegado, implicaba funciones de recaudo de recursos públicos, administración y ordenación de gasto, estas funciones corresponderán al presidente del consejo o junta que conforme al artículo anterior resulte elegido o a quien conforme a disposición expresa debe sustituirlo o reemplazarlo. (Decreto 2588 de 2006, artículo 2)”</i></p> <p>Como se pueda apreciar, la supresión de la participación del MEN en las juntas y consejos profesionales, fue suscitada por la norma reglamentaria con respecto a la asignación y ejercicio de la presidencia de las juntas y consejos profesionales, así como a las funciones de recaudo de recursos públicos y ordenación del gasto de los mismos.</p> <p>Al respecto, la Corte Constitucional en la Sentencia sobre la constitucionalidad del artículo 64 de la Ley 962 de 2005, dijo que las competencias del Ministerio de Educación Nacional están enfocadas en la etapa formativa de las personas, la cual tiene que ver con la estructuración, oferta y desarrollo de los programas académicos, estándares de calidad y hasta el otorgamiento del título por instituciones educativas legalmente habilitadas.</p> <p>En este contexto, el ejercicio de las profesiones según la Corte se desarrolla en un marco de competencias que excede el del MEN, en el cual la ley debe definir y asignar las responsabilidades correspondientes a las demás entidades estatales o particulares que ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control del ejercicio profesional.</p> <p>Las profesiones legalmente reconocidas son reguladas por el legislador y están organizadas por regla general en colegios o consejos profesionales, en virtud del artículo 26 de la Constitución Política, los cuales tienen en general las competencias para: i) expedir las tarjetas de matrícula profesional; ii) ejercer la inspección y vigilancia de la profesión respectiva; iii) imponer las sanciones disciplinarias correspondientes y iv) velar por el cumplimiento de las normas legales y reglamentarias que regulan el ejercicio profesional pertinente, entre otras.</p> <p>Así entonces, concluimos que la Constitución Política asignó las competencias estatales en la etapa formativa de los educandos al MEN (arts. 2.41, 44, 52, 64, 67, 68, 69, 70, 79, 300, 1.0, 3.36, 3.56, 3.57, 3.61 y 3.66), mientras que las responsabilidades estatales en la etapa</p>

<p>de ejercicio de los profesionales corresponden a los colegios y consejos profesionales (art. 26 y 257).</p> <p>Por ende, este Ministerio expresa respetuosamente que no tiene competencia para participar en la regulación de la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria del área de la salud, así como tampoco en relación con aspectos específicos del ejercicio de las profesiones en general.</p> <p>Esperamos que la información suministrada atienda lo solicitado y quedamos prestos a atender cualquier inquietud adicional sobre el particular.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>MARIA VICTORIA ANGULO GONZALEZ Ministra de Educación Nacional</p>	<p>LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza <u>la publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes:</p> <p>CONCEPTO: MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL REFRENDADO POR: DOCTORA MARÍA VICTORIA ANGULO GONZÁLEZ-MINISTRA. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 203/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL EJERCICIO DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" NÚMERO DE FOLIOS: CINCO (05) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: DOMINGO ONCE (11) DE OCTUBRE DE 2020. HORA: 9:35 A.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p>  <p>JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO</p>
--	--

CONCEPTO JURÍDICO UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

 <p>Departamento de Educación Médica</p> <p>Facultad de Medicina</p> <p>Medellín, 30 de Julio 2020</p> <p>Doctor LUIS FERNANDO TIQUE Representante Legal y Jurídico ACOTAPH</p> <p>Asunto: Respuesta solicitud realizada concepto sobre regulación normativa a la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria</p> <p>Respetado doctor Tique</p> <p>Para dar respuesta a la solicitud realizada el pasado 22 de Julio, sobre el concepto para la regulación normativa a la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria, me permito respetuosamente dar nuestra opinión de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> El título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria es pertinente o es mejor Paramédico, nos permitimos aclarar según la definición desarrollada a continuación, <p>"El paramédico es un profesional de la salud con nivel técnico, técnico superior universitario (TSU) o licenciatura, enfocado en la atención prehospitalaria y clínica. También es denominado, en función de su formación y lugar de realización técnico en urgencias médicas, técnico en emergencias médicas, técnico en emergencias sanitarias, técnico de medicina en emergencias prehospitalarias, técnico en emergencias prehospitalarias o técnico en atención prehospitalaria.</p> <p>Usualmente es miembro de un servicio de atención de emergencias, el cual responde y atiende a las emergencias médicas y de trauma, siguiendo protocolos de intervención internacionales, revisados y aceptados.</p> <p>La medicina es ejercida por profesionales de la salud, como médicos de las distintas especialidades, enfermeros, auxiliares, técnicos de laboratorio, investigadores, etc. No obstante, algunas actividades relacionadas con la medicina son ejercidas por otro tipo de profesionales, como por ejemplo los conductores de ambulancia que atienden las emergencias y cuya actividad es conocida como paramedicina.</p> 	<p>Así, el término paramédico, se refiere a todo aquello que está al margen de la medicina, pero relacionada con ella, tal y como sucede con otras palabras con el prefijo para, como paramilitar o parafarmacia. En el caso de la parafarmacia, las sustancias que se recetan no son medicamentos en el sentido tradicional del término.</p> <p>Después de esta aclaración debemos dejar claro que el termino internacional no se refiere a un título, es decir en Estados Unidos, su título está enfocado en Emergencias Médicas y en Colombia los Términos están enfocados en Atención Prehospitalaria, por tanto sugerimos seguir contemplando como termino Atención Prehospitalaria, pero no solo en rol de Tecnólogo, pues tanto en Colombia como a nivel internacional se maneja una profesión con distintos niveles de formación de acuerdo a las complejidades y las funciones a realizar, acá en Colombia tenemos aprobados por el ministerio de Educación Nacional la formación de Técnicos Profesionales en Atención Prehospitalaria y Tecnólogos en Atención Prehospitalaria, por tanto la profesión a regular sería la atención prehospitalaria en Colombia.</p> <p>2. Justificación del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria en Colombia,</p> <p>No es el Tecnólogo lo que se debe justificar, es la necesidad de reglamentar la atención Prehospitalaria como una profesión, tomare un texto del documento radicado en el ministerio de educación nacional para solicitar el registro calificado de la Tecnología en Atención Prehospitalaria, "El campo de la atención prehospitalaria es entendido como el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho, o durante su transporte hacia un centro asistencial, o cuando es remitido de un centro asistencial a otro. Esta atención la debe realizar personal capacitado y adecuadamente equipado, que busca fundamentalmente interrumpir el daño a la salud, estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital. (Resolución 1441 de mayo 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social)</p> <p>Desde el año 1997 se dio inicio al trabajo interinstitucional, coordinado por el Ministerio de Salud y con la participación de Instituciones académicas, de salud y Grupos de Socorro, quienes definieron la denominación, el perfil y el campo de acción del personal responsable de realizar las acciones de la atención prehospitalaria, bajo el Acuerdo 047 de 2002 que crea al personal Auxiliar Técnico en Urgencias Médicas. Al mismo tiempo, instituciones de educación superior en diferentes ciudades del país dieron inicio a sus programas de Tecnología en</p>
--	--

Atención Prehospitalaria, pasando de la educación no formal a la formación universitaria de nivel Tecnológico, conscientes de la necesidad de profesionalizar la atención prehospitalaria y garantizar la calidad y adecuada prestación del servicio en el contexto extrahospitalario.

Con la expedición del Decreto 3616 de octubre de 2005 promulgado por los Ministerios de Educación y Protección Social, se fusionan los diversos perfiles de los auxiliares técnicos en salud quedando establecidos solo cinco perfiles de orden nacional, desapareciendo las funciones y denominación del auxiliar técnico en urgencias médicas, quedando la formación en atención prehospitalaria bajo la responsabilidad de las instituciones de educación superior.

Dentro del marco regulatorio de habilitación de servicios de salud, en el área de prestación de servicios de ambulancia, aparece como requisito de recurso humano lo siguiente: técnico o tecnólogo o auxiliar de enfermería en atención prehospitalaria para tripular las ambulancias (Resolución número 00002003 de 28 mayo 2014). En la política de gestión del riesgo de desastres, se encuentra relacionada la atención prehospitalaria como uno de los ejes de la atención a la población afectada. Igualmente, en el Plan de Seguridad vial 2013-2021 se encuentra involucrada la atención prehospitalaria en el componente de atención y rehabilitación a víctimas (Gráfico 4).

Gráfico 4. Plan Nacional de Seguridad Vial 2013-2021, Colombia.



La justificación de la atención prehospitalaria en nuestro país se defiende y se argumenta sola al ser un país donde el sistema de salud es tan costoso y Históricamente, Colombia ha tenido frecuencias altas y picos fluctuantes en la tasa de homicidios; para el año 2016, se presentaron 25.438 muertes violentas en el país (denominadas causas externas), correspondientes a una tasa de 52,18 muertes por cada 100.000 habitantes/año. Los años de vida potencialmente perdidos se concentraron más en la población con edades entre los 20 a 35 años¹. En el mismo sentido, la defervescencia del conflicto armado en las zonas rurales ha llevado a que las cifras de lesionados sean mayores en los centros urbanos, con un aumento relativo en las víctimas por violencia, que refleja un cambio en el comportamiento comunitario que afecta a la población civil, fenómeno reforzado por costumbres sociales arraigadas como el abuso en el consumo del alcohol y de drogas psicoactivas.

Durante el año 2017 en Colombia ocurrieron 718 inundaciones, dejando 444.285 afectados. Además, se presentaron 179 deslizamientos en diferentes departamentos del país; un caso particular fue el de la ciudad de Manizales, que se vio fuertemente afectada por diferentes deslizamientos e inundaciones que dejaron como saldo 17 personas muertas, 31 heridos y 720 familias afectadas. El

invierno y las fuertes lluvias ocasionaron 21 avalanchas dejando 21.600 afectados, siendo la más memorable la ocurrida en Mocoa el 1 de abril, donde 323 personas perdieron la vida y un número indeterminado de personas permanecen desaparecidas, luego de que el lodo arrasara con 17 barrios del municipio. Para este mismo, año se presentaron 28 tormentas eléctricas que dejaron 12 persona afectadas². También en el mismo año, en el país la cifra de homicidios fue de 11.373; y se registraron 40114 lesionadas por accidente de transporte³. Todo lo anterior representa el panorama nacional que en la actualidad tiene lugar, generando muertes y lesiones traumáticas, generalmente severas, que demandan de un adecuado sistema de atención en salud, no solo en las instituciones hospitalarias sino también en los sitios de ocurrencia de los accidentes y desastres naturales, de manera que se pueda garantizar una atención idónea desde el mismo sitio del evento, y se prevengan las lesiones y secuelas que suceden por inadecuado tratamiento de los heridos entre esos sitios y las instituciones de atención en salud.

Las personas que sufren un trauma presentan tres momentos críticos relacionados con la muerte: hay un primer grupo que muere inmediatamente, como consecuencia de grandes lesiones craneoencefálicas o cardiovasculares; un segundo grupo de personas morirá en la primera hora siguiente al trauma, siendo la intervención en estos momentos decisiva para salvar la vida; en el tercer grupo de personas traumatizadas, la muerte puede ocurrir días o semanas después, generalmente por infecciones o disfunción de sus diversos sistemas.

Muchas de las muertes asociadas a los eventos traumáticos se podrían evitar si < las acciones en los primeros momentos de emergencia fueran manejadas por personas debidamente formadas en intervención prehospitalaria; igualmente, muchas lesiones definitivas como pérdida de miembros, lesiones irreparables de columna vertebral y otras secuelas que incapacitan parcial o totalmente a la persona víctima de estos accidentes, podrían también evitarse con acciones iniciales de manejo que sean ejecutadas por personas que hayan recibido una formación adecuado.

La anterior descripción muestra el panorama amplio que, en la actualidad, soporta globalmente la necesidad de programas para la formación de personas idóneas en la primera respuesta a las situaciones de trauma, en su origen diverso, y sustenta la necesidad en la región y el país de formar Técnicos profesionales y Tecnólogos en Atención Prehospitalaria con competencias prácticas y académicas para la atención de las personas, en el mismo sitio en el que se produce la lesión, incluido el traslado seguro hasta el servicio de urgencias, o el traslado de pacientes a niveles de complejidad mayor, según la necesidad del paciente.

3. ¿Es pertinente regular este ejercicio ocupacional?

Indudablemente tendríamos que regular el ejercicio ocupacional de la atención prehospitalaria, pues es una necesidad de cada ciudadano de nuestro país, y de todos lo que lo visitan, pues las urgencias, emergencias y desastres ocurren externas a un hospital y todos necesitamos ser bien atendidos y que nuestros seres queridos estén en las mejores manos en momentos tan complejos como lo son los accidentes, las emergencias médicas, o bien asesorados como lo hacemos actualmente en la pandemia del COVID para que las personas no salgan de sus hogares para que reconozcan los factores de riesgo y hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las preguntas adicionales no las respondemos en este texto pues están enfocadas exclusivamente en el perfil del tecnólogo en atención prehospitalaria, y consideramos que se deben ampliar a los perfiles del área prehospitalaria

Atentamente,

PAOLA ANDREA ELEJALDE VIDAL
Coordinadora Atención Prehospitalaria

CONTENIDO	
Gaceta número 1100 - Martes, 13 de octubre de 2020	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
CONCEPTOS JURÍDICOS	
<p>LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza <u>la publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes:</p> <p>CONCEPTO: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA REFRENDADO POR: DOCTORA PAOLA ANDREA LELEJALDE VIDAL-COORDINADORA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 203/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL EJERCICIO DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" NÚMERO DE FOLIOS: SEIS (06) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: DOMINGO ONCE (11) DE OCTUBRE DE 2020. HORA: 9:35 A.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <div style="text-align: center;">  JESÚ MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO </div>	<p>Págs.</p> <p>Concepto jurídico Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 122 de 2020 Senado, por medio del cual se establecen mecanismos de prevención, control y vigilancia del consumo de azúcar en los locales comerciales de bebidas frías y/o calientes y se dictan otras disposiciones. 1</p> <p>Concepto Jurídico Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 203 de 2020 Senado, por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones. 6</p> <p>Concepto Jurídico Ministerio de Educación Nacional al Proyecto de ley número 203 de 2020 Senado, por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones. 8</p> <p>Concepto jurídico Universidad de Antioquia al Proyecto de ley número 203 de 2020 Senado, Por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones. 9</p>