

## PROYECTO DE LEY \_\_\_\_\_

### **“POR LA CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA MUJER EN GESTACIÓN, AL QUE ESTÁ POR NACER Y EL PARTO DIGNO”**

#### **1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY**

Esta iniciativa ha sido presentada en tres ocasiones, aquí se detalla la trayectoria que ha tenido:

- **Proyecto de ley No. 060 de 2007: “POR LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD, EL PARTO DIGNO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES “**

Radicado en Comisión Séptima senado: AGOSTO 2 DE 2007

Iniciativa – Autores: H.S. CLAUDIA RODRIGUEZ DE CASTELLANOS  
H.R. LUIS FELIPE BARRIOS BARRIOS

#### REGISTROS EN GACETAS

Texto inicial:	Gaceta No. 367 de 2007	
Ponencia 1er debate:	Gaceta No. 452 de 2007	POSITIVA
Informe Comisión accidental:	Gaceta No. 264 de 2008	
Texto definitivo:	Gaceta No. 329 de 2008	
Ponencia 2do debate:	Gaceta No. 337 de 2008	POSITIVA

Dada la importancia del tema y teniendo en consideración las inquietudes de las senadoras de la comisión séptima, se conformó una comisión accidental en la cual se hicieron partícipes las senadoras Elsa Gladys Cifuentes, Gloria Inés Ramírez y Claudia Rodríguez de Castellanos, informe conciliatorio al texto inicial presentado ante la comisión séptima en el mes de mayo de 2008. De igual manera se contó con una proposición aditiva suscrita por la senadora Gloria Inés Ramírez, al artículo 5º “derechos de la mujer embarazada.

PROYECTO RETIRADO POR SU AUTORA EN PLENARIA DE SENADO EL 27 DE MAYO DE 2009

- **Proyecto de ley No. 172 de 2009 “POR LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD, EL PARTO DIGNO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

Radicado en Comisión Séptima senado: OCTUBRE 7 DE 2009

Iniciativa – Autor: H.S. CLAUDIA RODRIGUEZ DE CASTELLANOS

REGISTRO EN GACETAS

Texto inicial: Gaceta No. 1015 de 2009

PROYECTO RETIRADO POR SOLICITUD DEL AUTOR EL 05 DE MAYO DE 2010

- **Proyecto de Ley No. 21 de 2010 “POR LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD, EL PARTO DIGNO, SE DECLARA EL 25 DE MARZO DE CADA AÑO COMO EL DIA NACIONAL DEL NIÑO Y NIÑA POR NACER Y LA MUJER EMBARAZADA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

Radicado en Secretaría General Senado: JULIO 20 DE 2010

Radicado en Comisión Séptima Senado: JULIO 29 DE 2010

Iniciativa – Autor: H.S. CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO

REGISTRO EN GACETAS

Texto inicial: Gaceta No. 483 de 2010

Ponencia 1er debate: Gaceta No. 222 de 2011

Ponencia 1er debate: Gaceta No. 235 de 2011

Fe de erratas: Gaceta No. 265 de 2011

PROYECTO SE ARCHIVO POR NO ALCANZARSE A CUMPLIR EL PRIMER DEBATE EN COMISIÓN.

- **Proyecto de ley No. 07 de 2011 “POR LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD Y EL PARTO DIGNO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**

Radicado en Secretaría General senado: Julio 20 de 2011

Iniciativa – Autor: CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO

REGISTRO EN GACETAS

Texto inicial: Gaceta No. 521 de 2011  
Ponencia para primer debate: Gaceta No. 949 de 2012  
Ponencia para segundo debate: Gaceta No. 385 de 2013

PROYECTO SE ARCHIVO POR NO ALCANZARSE A CUMPLIR EL PRIMER DEBATE EN COMISIÓN.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Durante los años 1976 a 1986, las Naciones Unidas promovieron la Década de la Mujer, permitiendo en este tiempo evidenciar su situación en diferentes fases, encontrando como principales hallazgos altos índices de mortalidad materna y la existencia de subregistros a nivel mundial.

En el año 1987, las Naciones Unidas formularon el llamado a la Acción en la primera Conferencia Mundial convocada para reducir los riesgos del embarazo y disminuir la mortalidad materna, la cual fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP) la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial.

Este llamado, permitió iniciar una movilización de la opinión pública a reducir la muerte y la enfermedad de las futuras madres, a concientizar de manera decidida la atención de embarazos y partos con prácticas dignas, esto ha promovido la incorporación de manera urgente en la atención gratuita a la madre gestante en condición de vulnerabilidad, la promoción y la prevención de la mortalidad.

Las principales causas de enfermedad y mortalidad son:

Directas:

La hipertensión inducida por el embarazo (toxemia).

- Hemorragia en el embarazo o en el parto.
- Las secuelas de un aborto.

Indirectas:

- Accidentes.
- Violencia.
- Diabetes.

## **Cifras Mundiales<sup>1</sup>**

1. A diario mueren 1.600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
2. Anualmente mueren 585.000 mujeres.
3. 50 millones sufren complicaciones asociadas al embarazo.
4. La mortalidad materna tiene una representación de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.
5. Los Trastornos de la salud reproductiva representan el 30% de la mortalidad y discapacidad en las mujeres.
6. Los problemas relacionados con el embarazo y el parto son una de las principales causas para pérdida de años de vida de las mujeres.
7. Cerca de 60 millones de mujeres dan a luz en el mundo, de las cuales solo el 53% son atendidos por profesionales de la salud o personal de salud calificado.
8. Menos del 30% de las mujeres en el mundo asisten a la consulta después del parto, a diferencia de los países industrializados en donde el 90% de ellas buscan atención de salud durante el puerperio.

Cada minuto una mujer muere, 100 tienen complicaciones, 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual y 300 conciben sin planear su embarazo.

Estos indicadores reflejan de manera dramática las desigualdades socioeconómicas entre países, regiones y personas, en Latinoamérica y el Caribe aproximadamente 23.000 mujeres mueren a causa de las complicaciones del embarazo y el parto, las cuales generalmente pudieran ser prevenibles ocasionando que el 25% de complicaciones y muertes ocurran durante el parto y el 60% inmediatamente después, evidenciando que se trata entonces de un problema de salud pública y de justicia social.

## **Causas de la mortalidad materna**

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Documento Maternidad Saludable. Organización Panamericana de la Salud, 1998. Sección 1 mortalidad Materna en Cifras Mundiales. <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>.

<sup>2</sup> *Factores Asociados a la Mortalidad Materna en Medellín 2001-2003*, Gineco-CES, 2004

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias.<sup>3</sup> Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables. Sobre las causas indirectas se tiene poca información consolidada. Es importante resaltar que se encuentra un volumen considerable de muertes que no se clasifica adecuadamente y otras que ocurren después del día 42 del puerperio, pero que se encuentran relacionadas con la maternidad y que no se contabilizan dentro de las primeras causas.

### **Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna<sup>4</sup>**

Las condiciones que se han identificado como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento.

- Las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64.
- La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia de uso anticonceptivo. Las zonas con prevalencia por encima del 74% presentan mortalidad materna de 74, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111.
- Según los análisis de mortalidad materna para Colombia 1998-1999, el patrón de mortalidad materna indica que los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil. Luego disminuyen, observándose el nivel más bajo entre los 20 y los 29 años para volver a aumentar a medida que avanza la edad.<sup>5</sup> También vale la pena mencionar que en los últimos diez

---

<sup>3</sup> *Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual*. Elena Prada Salas, 2001.

<sup>4</sup> PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. Consultoras: Claudia Lucía Boada Miriam Cotes Benítez.

<sup>5</sup> *La mortalidad materna en Colombia 1998-2001¿cuánto ha mejorado su estimación? Versión premilitar*. Magda Ruiz Salguero, 2004

años se ha observado un incremento en la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años.

- En el período 1995 a 2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer.<sup>6</sup>

### **Determinantes económicas, sociales y culturales <sup>7</sup>**

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000*, la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera es de 87% y la de parto institucional es de 91%; se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, lo cual podría indicar que existen problemas relacionados con la calidad de la atención, los cuales, como ya se ha mencionado antes, se relacionan, a su vez, con la falta de garantía de los derechos de la mujer.

Sin dejar de reconocer la importancia de los diálogos interculturales para el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna, también es importante mencionar aquí como determinantes de la mortalidad materna las características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo lo que se ha denominado “prácticas no seguras” tales como permitir el sangrado,

---

<sup>6</sup> *Panorama de la mortalidad materna en Colombia*. INS, Rodríguez D. y Acosta J., 2002.

<sup>7</sup> PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. Consultoras: Claudia Lucía Boada Miriam Cotes Benítez.

realizar procedimientos que no tienen en cuenta recomendaciones de asepsia, atender el parto por personal no capacitado, entre muchas otras, y el posicionamiento de imaginarios y representaciones de determinadas culturas frente al dolor, frente al pudor y frente a la búsqueda de atención adecuada y oportuna, etc.

Es pertinente reflexionar acerca de las posibilidades que faciliten la reducción de la mortalidad materna como prioridad en el ejercicio de los derechos humanos, lo cual sólo podrá alcanzarse con políticas y leyes adecuadas, con el compromiso financiero que asegure servicios de calidad, entendiendo que la salud en Colombia constituye uno de los derechos que aglutina al interior de su concepto, la integralidad de una serie de facultades propias de la persona humana y que su reconocimiento depende de las posibilidades que emanan de la necesidad de protegerla, debiendo el Estado en corresponsabilidad con las Sociedad fortalecer el derecho a la información, el derecho a un ambiente sano, el derecho a recibir trato digno y justo, el derecho a recibir el mejor tratamiento médico, el derecho a participar o rehusar en investigaciones médicas, los derechos de las personas infectadas con VIH/ sida entre otros.

## **MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA**

En Colombia, la mortalidad materna era muy alta en la década de los 50, disminuyó hasta la década de los 80 cuando se estancó, luego tuvo una disminución leve de 1986 a 1994 y desde entonces ha venido en aumento. La vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las muertes maternas por el Instituto Nacional de Salud indican que la notificación es irregular y se estima que existe sub registro del 50% al comparar los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) con los del DANE. Con la implementación de un nuevo certificado de defunción por el DANE en 1995, aumentó el promedio de muertes maternas registradas anualmente y lo mismo ocurrió con la implementación del certificado de nacido vivo que mejoró el registro de los nacimientos del país, lo que ha hecho más confiable el cálculo de las razones de mortalidad materna.<sup>8</sup>

Según la Organización Panamericana de la Salud; la tasa de mortalidad materna en el año 1998 para Colombia era de 104.9 fallecimientos x 100 mil nacidos vivos, citando un estudio de INDEX MUNDI "Colombia Tasa de Mortalidad Infantil"<sup>9</sup> se detallan los siguientes datos:

---

<sup>8</sup> Panorama de la Mortalidad materna. Liliana Gallego Vélez, Gladis Adriana Vélez Álvarez, Bernardo Agudelo Jaramillo.<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

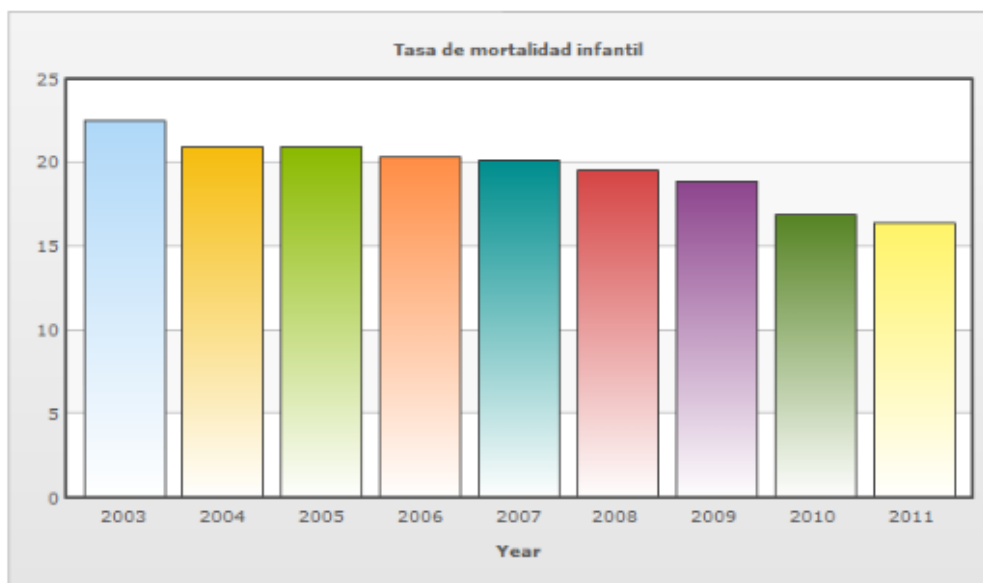
<sup>9</sup> [http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.html](http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa_de_mortalidad_infantil.html)

**Tasa de mortalidad infantil: total:** 16,39 muertes/1.000 nacimientos

**Masculinos:** 19,92 muertes/1.000 nacimientos

**Femenino:** 12,65 muertes/1.000 nacimientos (2011 est.)<sup>10</sup>

**Definición:** Esta variable da el número de muertes de niños menores de un año de edad en un año determinado por cada 1000 niños nacidos vivos en el mismo año. Se incluye la tasa de mortalidad total, y las muertes por género, *masculino* y *femenino*. Esta tasa se utiliza a menudo como un indicador del nivel de salud de un país.



Año	Tasa de mortalidad infantil	Posición	Cambio Porcentual	Fecha de la Información
2003	22,47	115		2003 est.
2004	20,97	113	-6,68 %	2004 est.
2005	20,97	112	0,00 %	2005 est.
2006	20,35	111	-2,96 %	2006 est.
2007	20,13	107	-1,08 %	2007 est.
2008	19,51	108	-3,08 %	2008 est.
2009	18,9	107	-3,13 %	2009 est.
2010	16,87	110	-10,74 %	2010 est.
2011	16,39	107	-2,85 %	2011 est.

<sup>10</sup> **Fuente:** CIA World Factbook - A menos que sea indicado, toda la información en esta página es correcta hasta el 11 de marzo de 2011



Para hacer visible el fenómeno de la mortalidad materna en Colombia, cito textualmente un estudio realizado por la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, en su documento ***Situación de salud en Colombia***: indicadores básicos 2003<sup>11</sup>, se transcriben los siguientes apartes.

Entre las 5 primeras causas de muertes maternas en el país hay 3 que están directamente relacionadas con atención médica: toxemia,<sup>12</sup> hemorragias y sepsis puerperal<sup>13</sup>, y una relacionada con atención psicológica: suicidio. La causa que completa los cinco primeros lugares ubicándose en el tercer puesto es el homicidio<sup>14</sup>. Es por esto que se hace urgente que el Estado asuma su responsabilidad consagrada en la Constitución y garantice servicio de atención médica y psicológica a todas las mujeres embarazadas, especialmente a aquellas que están en situación de vulnerabilidad por desempleo o desamparo.

Así mismo, es urgente que el apoyo a la mujer en situación de embarazo contemple la prevención del aborto, ya sea espontáneo por ausencia de atención médica apropiada, o provocado –sexta causa de muerte materna<sup>15</sup>–. El Estado, respetando la normatividad vigente, debe promover una cultura que reconozca que la vida humana tiene valor en todas sus etapas incluida la gestación.

### **Cifras en algunos departamentos de Colombia<sup>16</sup>**

En el departamento de Antioquia ocurrieron 65 muertes maternas en el año 2002 para una razón de 69.9 por 100.000 nacidos vivos, similar al año 2003 con 64 muertes y una razón de 68.5. Según datos preliminares del estudio de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Antioquia, en el año 2004 se presentaron 57 muertes maternas.<sup>17</sup>

---

<sup>11</sup> <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/educacioncontinuada/epidemiologiaart6.php>

<sup>12</sup> La toxemia o preeclampsia es la hipertensión del embarazo. Se produce cuando la placenta no llega a desarrollarse por completo y se crea hipertensión arterial en los vasos sanguíneos maternos.

<sup>13</sup> Es una infección que se presenta cuando gérmenes invaden el tracto genital durante la expulsión del bebé en un parto o en un aborto. Esta infección se desarrolla posteriormente y se conoce también como fiebre puerperal. El Puerperio es el periodo de cuarenta días posterior al parto.

<sup>14</sup> Datos del Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna del Instituto Nacional de Salud. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

<sup>15</sup> Datos del Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna del Instituto Nacional de Salud. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

<sup>16</sup> Panorama de la Mortalidad materna. Liliana Gallego Vélez, Gladis Adriana Vélez Álvarez, Bernardo Agudelo Jaramillo. <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

<sup>17</sup> Colombia. Antioquia Dirección Seccional de Salud de Antioquia DSSA [página 6. web en internet]. Medellín: DSSA; c2000-01 [actualizada 2005 Mar 7; citada 2005 Mar 15]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/htm/index.htm.co/htm/index.htm>

En la ciudad de Medellín se presentaron 15 muertes maternas en el año 2002 para una razón de mortalidad materna de 44,8 x 100.000 nacidos vivos<sup>18</sup>, 8 muertes en el 2003 para una razón preliminar de 23,4, y en el 2004 ocurrieron 9 muertes maternas para una razón preliminar de 26,4. Las razones de mortalidad de los años 2003 y 2004 son preliminares debido a que el DANE aún no ha publicado las cifras oficiales de nacidos vivos para estos dos periodos. La razón de mortalidad materna del año 2004 se calculó con la cifra preliminar de nacidos vivos del año 2003<sup>19</sup>.

Sin embargo, aún existen dificultades para la medición del número de muertes maternas, por la falta de notificación, por ejemplo en poblaciones alejadas, como comunidades indígenas, por ausencia de sistemas eficaces de información y de vigilancia y por el mal diligenciamiento de los certificados de defunción que hace que algunas de estas muertes no se clasifiquen como tales.

En Colombia la principal causa de muerte materna es el trastorno hipertensivo asociado a la gestación<sup>10</sup>. En Antioquia, según datos preliminares de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en el año 2004, desarrollada por el CLAP - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, la hemorragia ocupa el primer lugar con el 33,3% y en segundo lugar está el síndrome hipertensivo asociado a la gestación con el 17,5%.

En Medellín, de las ocho muertes maternas registradas en el año 2003, cuatro (50%) tuvieron como causa la hemorragia, y dos (25%) las complicaciones infecciosas, y de los nueve maternas casos en el año 2004, cuatro igualmente fueron por hemorragia (44%)<sup>20</sup>

## **NORMATIVIDAD INTERNACIONAL**

Teniendo en cuenta el panorama anteriormente descrito, varias naciones del mundo y especialmente en Argentina, Perú y Chile se han dado a la tarea de legislar a fin de humanizar el parto y otorgar a las futuras madres y a sus hijos condiciones propias para su desarrollo, reduciendo las brechas existentes entre aquellos sectores más vulnerables madres adolescentes, discapacitadas, indígenas y desplazadas entre otras.

---

<sup>18</sup> Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las 18. Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004

<sup>19</sup> Municipio de Medellín. Secretaria de Salud de Medellín. Vigilancia 7. epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín: resultados de la investigación 2003 y 2004. Medellín: Centro Asociado al CLAPOPS/OMS de la Universidad de Antioquia; 2005

<sup>20</sup> Municipio de Medellín. Secretaria de Salud de Medellín. Vigilancia 7. epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín: resultados de la investigación 2003 y 2004. Medellín: Centro Asociado al CLAPOPS/OMS de la Universidad de Antioquia; 2005

***Declaración Universal de Derechos Humanos artículo 25:*** Establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda y en especial los servicios sociales necesarios.

***Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Cultural:*** Reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y propone varias medidas que deben ser adoptadas por los Estados Partes con el propósito de garantizar el pleno disfrute de ese derecho, siendo entre otros: la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, establece indicadores para definir grupos de riesgo prioritario (niños), enuncia principios de salud pública, enfatiza la salud ocupacional y la prevención de enfermedades.

***Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7º:*** Establece que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, especialmente nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos, afirmación vinculante que sugiere componen tes éticos que deben orientar la práctica médica.

***Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre, artículo 12:*** Establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad.

***Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), artículo 26:*** Determina que los Estados Partes se deben comprometer a adoptar providencias (internas y de cooperación internacional) especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires que fija dentro de sus metas la defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica y condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna.

Los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales establecen metas mínimas regionales en aspectos tales como, esperanza de vida al nacer, la cual no puede ser inferior a 70 años; mortalidad infantil, la cual no puede ser mayor a 30 defunciones por cada mil nacidos vivos; la mortalidad de niños de 1 a 4 años no podrá ser superior a 2.4 defunciones por cada mil niños de esas edades.

## MARCO CONSTITUCIONAL COLOMBIANO

### Constitución Nacional

**Artículo 11:** “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.”.

**Artículo 12:** “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.”.

**Artículo 43:** “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.”.

**Artículo 44:** “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.”.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir u proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Dicha protección está aún incompleta pues la mujer embarazada en Colombia continúa en situación de vulnerabilidad, como lo demuestra una tasa de mortalidad materna de 92 mujeres que mueren durante el embarazo o el parto por cada 100.000 nacimientos: una cifra que supera el índice de países como El Salvador o Perú<sup>21</sup>.

### CODIGO CIVIL

#### Artículo 91:

---

<sup>21</sup> Datos del Banco Mundial. Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. [http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/1W?order=wbapi\\_data\\_value\\_2010%20wba\\_pi\\_data\\_value%20wbapi\\_data\\_value-first&sort=asc&display=default](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/1W?order=wbapi_data_value_2010%20wba_pi_data_value%20wbapi_data_value-first&sort=asc&display=default)

**“La ley protege la vida del que está por nacer.** El juez, en consecuencia, tomará, a petición de cualquiera persona, o de oficio, las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligrará.” (la negrilla no es del texto).

## **CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA:**

**ARTÍCULO 1:** Finalidad. Este Código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

## **JURISPRUDENCIA COLOMBIANA**

No existen medidas claras de prevención en un país donde el 8% de los embarazos terminan en un aborto<sup>22</sup>, y aun cuando la sentencia C-133 de 1994 de la Corte Constitucional indica que *"no se requiere ser persona humana, con la connotación jurídica que ello implica, para tener derecho a la protección de la vida, pues el nasciturus, como se vio antes, tiene el derecho a la vida desde el momento de la concepción, independientemente de que en virtud del nacimiento llegue a su configuración como persona"*. Esta indicación no se vio derogada por la sentencia c-355 de la Corte Constitucional, aunque aclaró que *"El ordenamiento jurídico, si bien es verdad, que otorga protección al nasciturus, no la otorga en el mismo grado e intensidad que a la persona humana"*<sup>23</sup>. Dicha protección no se ha visto reflejada en una campaña de prevención del aborto, ni siquiera para casos de aborto inducido en situación de penalización.

El *nasciturs*, es decir, el ser humano que está por nacer, se encuentra protegido por la Constitución y así lo reconoce la Corte Constitucional en varias sentencias no sólo de tutela sino de constitucionalidad.

En la T-179/93 dice:

*Si la pareja, tiene derecho a decidir libre y responsablemente el momento en que desea tener un hijo, debe asumir esa decisión como la de mayor trascendencia en la vida, pues la determinación implica la proyección hacia el futuro del hijo. El cuidado, sostenimiento, educación y cariño que reciba de sus padres se reflejará en un niño sano y en un adulto capaz de desarrollar plenamente su libre personalidad. La obligación de velar por la vida del nasciturus no responde a una*

<sup>22</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Porfamilia 2010.

<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>

<sup>23</sup> MMPP. Jaime Araujo Rentería. Clara Inés Vargas.

*simple obligación alimentaria, pues la madre requiere de los cuidados permanentes, de una constante vigilancia médica que le garanticen en forma mínima la atención del parto y los primeros cuidados del niño.*<sup>24</sup>

Se entiende que este cuidado del *nasciturus* en la práctica no se limita al cuidado de la madre, pues el avance de la ciencia médica ha permitido que él mismo sea objeto de tratamientos en salud. Ha sido ha ocurrido con la terapia fetal que se ha desarrollado en las últimas décadas, desde que el Doctor neozelandés William Liley, en 1963, realizó la primera transfusión en caso de enfermedad hemolítica a un no nacido<sup>25</sup>. A partir de entonces ha habido un importante desarrollo de la embriología y fetología, que ha permitido tratar al *nasciturus* como un paciente distinto a la madre gestante.

Es por esto que es necesario que la ley contemple la protección prioritaria de su salud, en correspondencia además con lo que ha dicho la Corte Constitucional en la Sentencia C-133/94: *El Estado tiene la obligación de establecer, para la defensa de la vida que se inicia con la concepción, un sistema de protección legal efectivo, y dado el carácter fundamental del derecho a la vida, su instrumentación necesariamente debe incluir la adopción de normas penales, que están libradas al criterio discrecional del legislador, dentro de los límites del ordenamiento constitucional.*<sup>26</sup>

En la misma línea, la Sentencia T-233/98 dice que:

*El grupo, los llamados nasciturus, se encuentra protegido por el espectro de privilegios que la Carta Fundamental reserva para los niños. La tradición jurídica más acendrada, que se compagina con la filosofía del estado social de derecho, ha reconocido que el nasciturus es sujeto de derechos en cuanto es un individuo de la especie humana.*<sup>27</sup>

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional en la Sentencia T-990 de 2010 reiteró la protección del *nasciturus* diciendo que “*De conformidad con las normas internacionales, el niño por nacer goza de todos los derechos y tiene una protección especial, más que cualquier otra persona, por parte de la familia, el Estado y la sociedad. En todas las decisiones y medidas que tomen o en que intervengan instituciones públicas o privadas, así como órganos legislativos,*

<sup>24</sup> MP. Alejandro Martínez Caballero. Subrayado fuera del original.

<sup>25</sup> “La enfermedad hemolítica o eritroblastosis fetal es la enfermedad fetal y neonatal provocada por incompatibilidad sanguínea materno-fetal, habitualmente al factor Rh.” Pontificia Universidad Católica de Chile:

[http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/enf\\_hemol.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/enf_hemol.html)

<sup>26</sup> MP. Antonio Barrera Carbonell. Subrayado fuera del original.

<sup>27</sup> MP. Vladimiro Naranjo Mesa.

*judiciales o administrativos, es de consideración primordial el interés superior de la persona por nacer*<sup>28</sup>

Que el Estado tenga una obligación general de proteger la vida y los derechos del ser humano por nacer, explica que la Corte Constitucional haya aceptado que sólo en situaciones excepcionales este puede ser eliminado de forma impune. Esto implica que en los demás casos el Estado y la sociedad deben tomar medidas para proteger la vida y todos los derechos fundamentales del niño por nacer, tal como lo establece, por ejemplo, el Artículo 91 del Código Civil. Y específicamente el Congreso debe asumir la responsabilidad que le corresponde y que fue señalada por la misma Sentencias C-355 de 2006 que despenalizó el aborto en 3 casos excepcionales: *“determinar en cada caso específico la extensión, el tipo y la modalidad de la protección a la vida del que está por nacer corresponde al legislador, quien debe establecer las medidas apropiadas para garantizar que dicha protección sea efectiva, y en casos excepcionales, especialmente cuando la protección ofrecida por la Constitución no se puede alcanzar por otros medios, introducir los elementos del derecho penal para proteger la vida del nasciturus.*<sup>29</sup>

En el mismo sentido es necesario que el Estado ofrezca alternativas a la mujer que podría incurrir en aborto inducido, pues un auténtico ejercicio de la libertad requiere que la mujer pueda tomar decisiones distintas a la interrupción del embarazo. Un buen ejemplo se observa en el trabajo de la Fundación Red Madre de España que ha demostrado que un 80% de las adolescentes embarazadas que reciben asesoría con alternativas a su situación, decide no abortar<sup>30</sup>.

Instituciones similares a Red Madre actúan en Colombia –Centros de Apoyo a la Mujer– y conviene que el Estado trabaje en coordinación con ellas uniendo fuerzas para propósitos comunes. Estas instituciones han arrojado resultados similares a los de España, ya que una muestra de 4 CAM de Bogotá (2) Medellín y Cali, señala que de 2001 mujeres embarazadas que fueron atendidas entre 2006 y 2010, 1555 pensaban abortar. Sólo 166 embarazos terminaron en un aborto y de 146 casos no se conoce su desenlace pues se perdió contacto con la mujer. Esto permite afirmar que hubo, como mínimo, una prevención del aborto del 79,9%<sup>31</sup>.

El Estado no puede ser indiferente frente a la madre gestante y el futuro de la vida en gestación, por eso debe seguir avanzando en el compromiso de apoyar a la

<sup>28</sup> MP. Nilson Pinilla Pinilla.

<sup>29</sup> MMPP. Jaime Araujo Rentería. Clara Inés Vargas.

<sup>30</sup> [http://www.larazon.es/detalle\\_hemeroteca/noticias/LA\\_RAZON\\_385469/9342-el-80-de-las-adolescentes-embarazadas-no-aborta-si-encuentran-apoyo](http://www.larazon.es/detalle_hemeroteca/noticias/LA_RAZON_385469/9342-el-80-de-las-adolescentes-embarazadas-no-aborta-si-encuentran-apoyo)

<sup>31</sup> Datos extraídos de la información suministrada por los CAM a la Procuraduría General de la Nación. Ver anexo.



mujer en estado de embarazo, especialmente a aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad, así como en el cuidado del *nasciturus*, siempre vulnerable.

**CLAUDIA JEANNETH WILCHES**  
Senadora de la República

**JOSE DARIO SALAZAR CRUZ**  
Senador de la República

**LINA MARIA BARRERA RUEDA**  
Representante a la Cámara

**ROSMERY MARTINEZ ROSALES**  
Representante a la Cámara



## PROYECTO DE LEY \_\_\_\_\_

### **“POR LA CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA MUJER EN GESTACIÓN, AL QUE ESTÁ POR NACER Y EL PARTO DIGNO.**

#### **El Congreso de la República de Colombia**

#### **Decreta:**

**Artículo 1º. *Objeto de la ley.*** La presente ley tiene por objeto promover una cultura de respeto por la vida de todo ser humano y de solidaridad con los más vulnerables, como son el que está por nacer y su madre. Para tal fin ordena la implementación de programas de apoyo para las madres gestantes a nivel nacional, departamental y municipal, orientados a lograr una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, prevenir las muertes fetales, el abandono de niños y a reducir la morbilidad materna para lograr un verdadero desarrollo humano de la familia.

Para esto se buscará la prevención de abortos espontáneos por desatención médica, así como la práctica de abortos voluntarios (punibles o no punibles) por falta de alternativas, o de apoyo para asumir las responsabilidades propias de la gestación y la maternidad.

**Parágrafo.** Para efectos de la presente ley, entiéndase por recién nacido: *la* persona de 0 a 28 días *de nacido*; para recibir los beneficios de la presente ley será conforme y en concordancia con el término de la licencia de maternidad establecida por la legislación.

**Artículo 2º. *Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones de la presente ley se aplican, en lo pertinente, al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Tecnologías de la información y comunicaciones las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) a las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel central o descentralizado, a los hospitales y clínicas públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo, subsidiado y vinculado.

**Artículo 3º.** *Obligaciones de los Ministerios de Salud y Protección Social, de Educación Nacional, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.* Al Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), del nivel central o descentralizado; tanto públicas como privadas y las entidades responsables de la prestación del servicio de Seguridad Social en Salud de los Regímenes Especiales, del Contributivo, Subsidiado y Vinculado; los Entes Territoriales y de Integración Social de Distritos Especiales y del Distrito Capital, les corresponde las siguientes obligaciones:

1. Promover metodologías, pedagogías y procesos educativos de educación sexual y reproductiva en adolescentes, la prevención de embarazos no deseados y desarrollar estrategias educativas que permitan reforzar en jóvenes adolescentes, hasta los 19 años, escolarizadas y universitarias, sus proyectos de vida, sus derechos y deberes en el ejercicio responsable de la sexualidad.

2. Garantizar la igualdad de oportunidades en salud, nutrición y educación para las niñas colombianas y extranjeras residentes en el país, con el fin de que alcancen la madurez física y emocional antes de ser madres.

3. Reducir las desigualdades en salud materna de las mujeres pobres, las de áreas rurales, las desplazadas por la violencia, y las de zonas tuguriales de las principales ciudades del país.

4. Programar una actividad curricular cada seis meses para los niveles, básica primaria, básica secundaria, media vocacional, intermedia profesional, educación para el trabajo y desarrollo humano, y educación de adultos, donde se capacite sobre el riesgo que corre la mujer al practicarse un aborto y sus posibles consecuencias físicas y psicológicas; se sensibilice e informe sobre el derecho fundamental constitucional a la vida del niño o niña que está por nacer, así como el derecho de la mujer embarazada a ser protegida por el Estado, dando a conocer la exposición de motivos y el articulado de este proyecto de ley.

5. Realizar campañas permanentes en las instituciones educativas públicas y privadas, para que la comunidad estudiantil tenga conocimiento sobre los derechos constitucionales del que está por nacer, sobre la especial protección que merecen en razón a su vulnerabilidad y no posibilidad de defenderse, de tal manera que se oriente a que el embarazo se asuma con responsabilidad, tanto por el padre como por la madre del hijo que se concibe, y que haya respeto por la sexualidad.

6. Implementar campañas que generen solidaridad para con las mujeres embarazadas, teniendo en cuenta la evidente fragilidad e indefensión del ser humano que se está formando en el vientre materno de estas.

7. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, mediante campañas de promoción, darán a conocer la importancia de traer al mundo hijos, e informar y promover en las mujeres del país la importancia para el desarrollo de nuestra sociedad de la consulta, programación y preparación pregestacional.

8. A la creación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; de Programas de Promoción del Cuidado y Atención de la mujer embarazada y del niño recién nacido, enfocadas hacia el padre.

9. Informar y sensibilizar a los niños, niñas y adolescentes en el reconocimiento de su integralidad y respeto por el ejercicio de su sexualidad generando alternativas responsables que mejoren sus proyectos de vida y fortaleciendo la toma de decisiones para engendrar y desarrollar una progenitura responsable.

**Artículo 4°. Titulares de derechos.** Para todos los efectos de la presente ley, son titulares de derechos la mujer embarazada, el que está por nacer, el recién nacido y la familia gestante nacional o extranjera que resida en Colombia, sin ninguna discriminación como núcleo fundamental de la Sociedad.

**Artículo 5°. Definiciones.**

**Embarazos en situación de dificultad:** aquellos que son producto de violación o incesto, presentan malformaciones fetales, existe riesgo para la salud de la madre u otras causas que dificulten llevar adelante el embarazo.

**Mujeres especialmente vulnerables:** Se entenderá por mujeres especialmente vulnerables aquellas que tienen embarazos en situación de dificultad o están en los niveles 1, 2 o 3 del SISBEN, o menores de edad, discapacidad y pertenecientes a las comunidades indígenas y afro descendientes.

**Centros de Apoyo a la Mujer (CAM):** son organizaciones con personería jurídica y sin ánimo de lucro cuya misión es: 1) Ayudar a las mujeres gestantes que se encuentran en situación de dificultad para que puedan llevar adelante su embarazo 2) Promover el respeto por la vida de todo ser humano, inclusive antes del nacimiento.

**Artículo 6°. Principios.** Los programas de ayuda a la mujer especialmente vulnerable se implementarán teniendo en cuenta los siguientes principios:

**Respeto de la dignidad humana:** El Estado reconoce que por respeto a la dignidad de la mujer y a sus derechos, ella debe encontrar apoyo en la sociedad y

el Estado para atender las dificultades de su embarazo, y que para un auténtico ejercicio de su libertad la mujer debe contar con alternativas que no se limiten a la práctica del aborto provocado penalizado o despenalizado. Así mismo el Estado reafirmará la importancia de proteger la vida en gestación.

**Humanización.** El embarazo y el parto se basan en el respeto y reconocimiento de la dignidad humana.

**Respeto y reconocimiento.** La gestante y su familia serán respetadas y reconocidas según su valoración psicoafectiva y cultural de la forma como se debe producir el alumbramiento, de conformidad con sus diferencias, identidades y especificidades.

**Corresponsabilidad.** El Estado, el Ministerio de Salud y Protección Social, la sociedad, la familia, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), del nivel central o descentralizado, los Hospitales y Clínicas; tanto públicos como privados y las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los Regímenes Especiales, Contributivo, Subsidiado y Vinculado, o las entidades que cumplan esta función; los sectores económicos, las comunidades científicas y académicas y la industria de los medicamentos son corresponsables en la atención, protección, prevención y promoción de los derechos de la mujer embarazada y la familia gestante.

**Información.** La gestante y su familia recibirán la información veraz, completa, pertinente, oportuna e integral, especialmente para las etapas pregestacional, embarazo, trabajo de parto, y puerperio; sus posibles riesgos, complicaciones y consecuencias.

**Artículo 7°. *Derechos de la mujer embarazada.*** Toda mujer durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio tendrá los siguientes derechos:

- a) A ser informada y a determinarse conforme a ello sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido;
- b) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad,
- c) Al parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos del proceso de alumbramiento, evitando las prácticas invasivas o el suministro de medicación para acelerar el proceso del parto y a elegir métodos farmacológicos o alternativos para el manejo del dolor;

- d) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias;
- e) A recibir asistencia psicosocial cuando se encuentre afectada por una crisis emocional, socioeconómica o de cualquier naturaleza;
- f) A estar acompañada por su cónyuge, compañero permanente o por quien ella elija, durante la asistencia prenatal, trabajo de parto, el parto y el posparto, siempre que la gestante así lo solicite, no exista contraindicación de carácter médico y siempre y cuando el acompañante cumpla los reglamentos de la institución;
- g) A que no se utilicen prácticas y procedimientos que carezcan de estudios científicos y sanitarios avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la OMS o la comunidad científica;
- h) A recibir orientación e información por el personal de salud sobre la evolución de su embarazo, parto y puerperio y dar su consentimiento informado sobre los procedimientos que se realicen de los cuales se dejará constancia en su historia clínica;
- i) A su consentimiento informado acerca de las diferentes posiciones a adoptar para el trabajo de parto que sean más convenientes y saludables para la madre y el que está por nacer.
- j) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica;
- k) A que a partir de la 32 semana de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución.
- l) Donde no haya condiciones para la atención del parto institucional, debe garantizarse la asistencia domiciliaria por profesional de la salud;
- m) Cuando la madre por su estado de salud requiera traslado a otra institución de diferente nivel de complejidad fuera del municipio de residencia, la aseguradora garantizará el desplazamiento a fin de que la madre reciba la atención complementaria requerida, para que su atención sea institucional y segura. En el caso de la población pobre no asegurada los entes territoriales garantizarán estos desplazamientos.
- n) A recibir la atención integral con calidad y por personal idóneo, en los grados de complejidad que su estado requiera;
- o) A tener un tratamiento preferencial en la prestación de los servicios de atención de la salud materno-fetal en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel central o descentralizado, los Hospitales y Clínicas; tanto públicos como privados y las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los Regímenes Especiales, Contributivo, Subsidiado y Vinculado; empresas prestadoras de servicios públicos o privadas;
- p) A obtener copia de su historia clínica cuando la solicite;

- q) A tener subsidio alimentario y al suministro de complementos alimenticios y de micronutrientes, cuando esté desempleada o en estado de vulnerabilidad manifiesta, o presente malnutrición, el cual será reglamentado por los Ministerios de Hacienda y de Salud dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley;
- r) A que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), los hospitales públicos y privados y demás instituciones de salud, autoricen la práctica de exámenes y medios diagnósticos que se requieran, para garantizar la atención integral de la salud maternofetal, sin tener en cuenta el gasto médico predeterminado por instituciones prestadoras de servicios;
- s) Las madres adolescentes recibirán la información necesaria mediante programas de ayuda psicosocial tendientes a fortalecer sus vínculos familiares y afectivos, a disfrutar su estado de embarazo, parto y puerperio de manera saludable, segura y satisfactoria; a ser informada sobre la prevención del embarazo no deseado, los métodos de planificación familiar.
- t) A que durante el trabajo de parto se confirme la fetocardia del feto y si se evidencia un signo de sufrimiento fetal, se adelanten las acciones y procedimientos necesarios para proteger la vida de la madre y del que está por nacer.
- u) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.
- v) A que los servicios de atención prenatal de las mujeres gestantes bajo riesgo deben ser autorizados y prestados con celeridad, a plenitud y suficiencia durante el embarazo, trabajo de parto, y puerperio y atendidos por médicos especialistas en obstetricia para garantizar una atención integral y segura para disminuir la morbimortalidad materno-fetal, donde los derechos fundamentales a la vida y la salud de la madre y el recién nacido deben prevalecer sobre el gasto médico predeterminado por las instituciones;
- y) Prestar una atención integral y con calidad a la madre en estado de embarazo y al recién nacido, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), del nivel central o descentralizado, los Hospitales y Clínicas; tanto públicos como privados y las entidades responsables de la prestación del servicio de Seguridad Social en Salud de los Regímenes Especiales, Contributivo, Subsidiado y Vinculado; garantizando la capacidad operativa y el Talento Humano suficiente que permita la valoración y atención por lo menos una vez al mes en el control prenatal por un obstetra.

**Parágrafo.** Para garantizar una atención integral y con calidad a la madre en estado de embarazo y al recién nacido, los entes territoriales y las Aseguradoras según la capacidad operativa y el talento humano existente permitirán la valoración y atención por lo menos una vez en el control prenatal por un Ginecólogo.

**Artículo 8º. De los derechos del recién nacido.** Todo recién nacido tiene derecho a:

- a) Ser tratado con respeto, dignidad, oportunidad y efectividad;
- b) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, sin tener en cuenta el gasto médico predeterminado por las instituciones. En caso de no estar cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, a recibir atención gratuita en todas las Instituciones de salud que reciban aportes del Estado.
- c) A que se corte su cordón umbilical hasta que éste cese de latir, siempre y cuando no exista contraindicación médica.
- d) A la estimulación de la lactancia materna desde la primera hora de vida, una vez verificado su estado de salud, garantizando la temperatura e iluminación ambiental adecuadas a sus necesidades y respetando el derecho a la intimidad;
- e) A que su madre reciba una adecuada atención en salud mental que disminuya el riesgo de la depresión posparto y de esa manera evitar que la madre abandone la lactancia y el recién nacido pueda verse afectado por esta u otras razones concernientes a la salud mental de la madre
- f) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo 1º.** La Registraduría Nacional del Estado Civil y sus entes territoriales, deberán diseñar instrumentos de inscripción del Registro Civil para ser tramitados en el momento del nacimiento de todo niño o niña que nazca en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas, a fin de garantizar su derecho a un nombre, a una identificación plena y a la total adquisición de sus derechos humanos.

**Parágrafo 2º.** A los niños que nazcan en lugares distintos a las instituciones hospitalarias y en lugares de difícil acceso a los servicios de la Registraduría Nacional del Estado Civil, se les garantizará el derecho a un nombre y a una plena identificación, mediante la promoción y realización de brigadas del registro civil.

**Artículo 9º. De los derechos de los padres.** El padre y la madre del recién nacido cuyo pronóstico requiera de una atención especial de su salud, tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible y suficiente acerca del estado de salud de su hijo o hija, incluyendo el diagnóstico y tratamiento;
- b) A dar su consentimiento expreso en caso de que su hijo o hija requiera exámenes o intervenciones que impliquen procesos de diagnóstico o tratamiento terapéutico;
- c) A recibir asesoramiento integral, acorde con el nivel educativo, sobre los cuidados que se deben prodigar al recién nacido.

**Parágrafo.** De conformidad con las disposiciones contenidas en el parágrafo 1º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, consignarán las novedades referidas a niños con problemas de malformación o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, a fin de generar acciones que permitan una atención integral al recién nacido y su inclusión en la sociedad como parte del capital humano de la nación.

**Artículo 10º. Asistencia especial.** El Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará programas especiales de atención en salud sexual y reproductiva y de apoyo psicosocial a las mujeres embarazadas portadoras del VIH/Sida, a las mujeres con partos múltiples, menores de edad, mayores adultas; a mujeres indígenas, discapacitadas, desplazadas, reclusas, o mujeres cabeza de familia en situación de pobreza extrema y a los niños con bajo peso al nacer, prematuros o con necesidades especiales.

**Artículo 11º. Promoción del parto natural.** El Ministerio de Comunicaciones, la Comisión Nacional de Televisión o quien haga sus veces y el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverán campañas de sensibilización tendientes a estimular el parto eutócico vía vaginal y a la estimulación de la lactancia materna, para disminuir el temor al parto vaginal, salvo que el conocimiento científico actual indique otro procedimiento.

**Artículo 12º. Compromiso del Estado.** Las autoridades públicas asumirán su compromiso con el propósito de la presente ley, de la siguiente manera:

### **Gobierno Nacional**

1. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro de sus acciones con enfoque de salud pública, en concreto el capítulo de “Maternidad segura y prevención del aborto inseguro”, desarrollará programas nacionales para el apoyo a la mujer en estado de embarazo y prevención del aborto voluntario e involuntario. También



desarrollará programas para promover una cultura de respeto por toda vida humana y solidaridad con las mujeres gestantes.

2. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de sus modelos de vigilancia de morbilidad materna y neonatal, presentará informes anuales sobre mortalidad materna, número de abortos espontáneos, número de abortos provocados penalizados o despenalizados, y complicaciones de salud relacionadas con este fenómeno, que permitan evaluar la efectividad, la pertinencia y la eficacia de los programas de apoyo a la mujer en estado de embarazo y prevención del aborto voluntario e involuntario.

### **Gobiernos municipales y departamentales**

1. Los gobiernos municipales, distritales y departamentales deberán incluir en sus planes de desarrollo, y en concreto en sus políticas de salud pública, programas específicos de apoyo a la mujer embarazada y prevención del aborto, con sus respectivas apropiaciones presupuestarias.

2. Llevarán un registro anualizado sobre mortalidad materna, número de abortos espontáneos y número de abortos provocados penalizados y despenalizados y complicaciones de salud relacionadas con este fenómeno, que se presenten en su jurisdicción con el fin de evaluar la efectividad, la pertinencia y la eficacia de los programas territoriales de apoyo a la mujer en estado de embarazo y prevención del aborto voluntario e involuntario.

### **Artículo 13° *Elementos necesarios de los programas de apoyo a la mujer embarazada y prevención del aborto a nivel nacional, departamental y local.***

El programa debe contemplar los siguientes servicios:

1. Se debe prestar la ayuda psicológica que requiera la mujer especialmente vulnerable según la dificultad que presente. Recibirá dicha atención durante el embarazo y con posterioridad al parto, en el tiempo indicado por el médico tratante.
2. La mujer en embarazo recibirá atención médica prioritaria durante el embarazo, durante el parto, y después de éste según lo indicado por el médico tratante.
3. La mujer en estado de embarazo recibirá subsidio de alimentación si se encuentra en situación de desempleo o desamparada.
4. A la mujer especialmente vulnerable se le brindará asesoría en opciones de acogida a la vida como alternativa al aborto provocado.
5. Se realizarán campañas para promover el respeto por la vida en gestación, sin detrimento de que la mujer embarazada que se encuentra bajo las causales de aborto despenalizado pueda optar por dicha intervención.

6. La mujer a la que se le haya practicado un aborto recibirá atención psicológica por todo el tiempo que el tratante psicológico determine y, en todo caso, en término no inferior a un (1) año, sin perjuicio de la atención que corresponda dentro de las coberturas del régimen de aseguramiento al que esté vinculada y del proceso penal correspondiente en caso de aborto despenalizado.

**Artículo 14°. Control.** La Procuraduría General de la Nación adoptará las medidas internas que considere necesarias y pertinentes en orden a garantizar la efectividad de las disposiciones contenidas en la presente ley, a prevenir conductas contrarias a su espíritu y a sancionar a quienes las infrinjan.

La Superintendencia Nacional de Salud y del Subsidio Familiar supervisarán el cumplimiento de lo ordenado en la presente ley frente a las entidades por estas vigiladas, sancionando su inaplicación de conformidad con las faltas y procedimientos señalados en la normatividad vigente.

**Artículo 15°. La labor de los CAM.** La Nación, el departamento, municipio o distrito, podrá contratar los servicios de los CAM para responder a su compromiso en lo referente a los puntos 1, 4, 5 y 6 del Artículo 4 de la presente ley.

**Artículo 16°. Permisos especiales.** Los empleadores deberán otorgar permisos especiales a las mujeres embarazadas, para que asistan a los controles médicos prenatales necesarios, previa demostración por parte de la mujer de la asigación de la cita, la cual contendrá como mínimo fecha y hora; a su empleador.

**Parágrafo.** El incumplimiento de la anterior disposición será objeto de sanción por parte del Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 17°. Ajuste institucional.** Para garantizar la atención integral de la mujer gestante y del recién nacido de que trata la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación, adelantará los ajustes pertinentes al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a la infraestructura del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) en todo lo relacionado con la atención de la salud materna.

**Artículo 18°. Publicidad.** La información sobre los programas de ayuda a la mujer embarazada, el proceso de contratación de los CAM y las campañas de acogida a la vida en gestación, será publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y las secretarías de salud correspondientes en su página web y en sus medios convencionales de publicidad.

**Artículo 19°.** *No injerencia en el ideario de las instituciones.* Ninguna autoridad podrá exigir a los CAM que actúen en contra de su ideario institucional ni de sus principios éticos fundacionales para firmar contratos con el Estado.

**Artículo 20°.** Declárase el 25 de marzo de cada año como el “Día del que está por nacer y de la adopción”.

**Artículo 21°.** *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación.

**CLAUDIA JEANNETH WILCHES**  
Senadora de la República

**JOSE DARIO SALAZAR CRUZ**  
Senador de la República

**LINA MARIA BARRERA RUEDA**  
Representante a la Cámara

**ROSMERY MARTINEZ ROSALES**  
Representante a la Cámara