

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

El Congreso De Colombia

Decreta

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

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

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

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

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

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

**Cesárea Humanizada:** Es el procedimiento efectuado con base en evidencia científica actualizada, recomendada únicamente por la necesidad de la condición de salud de la mujer o del feto, protegiendo el vínculo afectivo por medio del contacto piel con piel, y del inicio del amamantamiento dentro de la primera hora del posparto, así como respetando su derecho a permanecer acompañada, si así lo desea mínimo por una persona de su elección y confianza durante todo el proceso, con información clara y suficiente sobre el estado de salud, sin obstaculizar el campo visual del nacimiento si así lo desea la mujer y con apoyo emocional.

**Enfoque diferencial:** Es la estrategia que permite la inclusión de los sujetos de especial protección constitucional mediante acciones, programas y proyectos adoptados con el fin de garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.

**Duelo gestacional:** Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación.

**Duelo perinatal:** Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.

**Posparto:** Periodo de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.

**Plan de parto:** Documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención.

**Artículo 4º. Derechos.** Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:

1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud,
2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes,

a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.

3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.
4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.
5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.
6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.
7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.
8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud.
9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención.
10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.
11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles

prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.

12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:
  - a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.
  - b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.
  - c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico., durante el trabajo de parto y post parto.
  - d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.
  - e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.
  - f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros
13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada
14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.
15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal.
16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho
17. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.

18. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.
19. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.
20. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.
21. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.
22. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.
23. A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.

#### **Artículo 5º. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.**

1. Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.
2. Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disentimiento.
3. Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.
4. Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.

**Artículo 6º. Integralidad de la atención.** La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad.

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

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

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

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

establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.

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

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

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

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

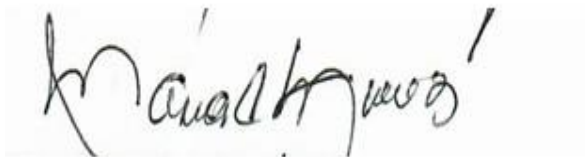
**Artículo 11º.** El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los agentes de salud, sus colaboradores o de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, de conformidad con los procesos establecidos por la Superintendencia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



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

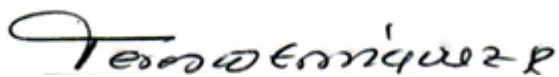
**JAIRO CRISTANCHO TARACHE**

Representante a la Cámara  
Partido Centro Democrático



**MARIA CRISTINA SOTO**

Representante a la Cámara  
Partido Conservador



**TERESA ENRIQUEZ ROSERO**

Representante a la Cámara  
Partido de la U



## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

### **I. Sobre el parto humanizado**

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

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

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

Según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Colombia (2003), la salud sexual y reproductiva se comprende como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”. **Desde esta perspectiva los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos**<sup>1</sup>. Dicha perspectiva se ratifica desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2012) que en su “dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”, plantea desde el componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” los objetivos de “Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del posparto, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud”.<sup>2</sup>

De tal manera que esta ley se armoniza y respalda la apuesta que como país ha hecho Colombia para incidir positivamente en la salud materno perinatal desde la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; derechos que trascienden la prestación de los servicios de salud como únicos responsables del cuidado de los procesos vitales de embarazo, parto, posparto y lactancia, comprometiendo a otros actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en el abordaje integral de estas etapas.

En el Plan Decenal de Salud Pública se promueve igualmente la “**Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud**” la cual “implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio”. Así mismo es relevante fomentar el “empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá Ministerio de Salud de Colombia; 2003.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012.

de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos”. Por último, se requiere fortalecer las instituciones y el “desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer” durante el proceso de gestación, parto y posparto <sup>3</sup>

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) la humanización es una dimensión fundamental para mejorar la calidad en la atención en salud. En este sentido se define humanización como “la condición esencial que garantiza que los servicios de detección temprana y protección específica dados a las mujeres gestantes” se fundamenten en el “respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y **todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible**” <sup>4</sup>

Según el LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) se reconoce a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias. Por ello insta a los prestadores de los servicios de salud para que no incurran en conductas que configuren violencia contra la mujer, “ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación” y centra sus lineamientos en organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias<sup>5</sup>

Según la Ley Estatutaria de la salud 1751 (2015) el derecho a la salud es un derecho fundamental por lo cual el Estado tiene el deber de adoptar medidas políticas para “asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso” a las actividades

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA. Bogotá, 2015.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3280 de 2018. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Bogotá Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

realizadas en los servicios de salud. Lo anterior implica cumplir con el mandato constitucional sobre la prestación de un servicio de salud público “esencial obligatorio, que se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”<sup>6</sup>

La garantía del Derecho a la Salud en el marco de las consideraciones objeto de este proyecto, parte de comprender que la gestación, parto y posparto son considerados como eventos de transición del estatus social de la mujer (Truissi, Argote, Bejarano, Cárdenas y Rodríguez, 2004)<sup>7</sup>; proceso en el que se evidencia una sobrecarga emocional sobre la psiquis materna en estos periodos (Piccinini, de Cássia, Schneider y Marin, 2009)<sup>8</sup>.

El significado del parto está directamente relacionado con las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar recibido (Cáceres, 2012)<sup>9</sup>, las creencias, los valores culturales, los diferentes estilos de vida y el parentesco del acompañante de la mujer en el periodo posparto son factores altamente influyentes en la vivencia del parto (Prieto y Ruiz, 2013)<sup>10</sup>. El apoyo emocional y familiar es un asunto crucial en el momento del parto (Piccinini et al., 2009)<sup>11</sup>.

Los cambios generados en estos procesos atraviesan la sexualidad, de hecho la gestación, el parto y el posparto son considerados como eventos que hacen parte de ella (Salim et. al., 2010)<sup>12</sup>. El miedo primal en relación al parto, el desconocimiento y

---

<sup>6</sup> El Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Derecho fundamental a la salud. Congreso de Colombia.

<sup>7</sup> Truissi, M., Argote, O., Bejarano, N., Cárdenas, C., & Rodríguez, L. (2004). El trayecto de la adolescente en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. *Texto & contexto enferm*, 13(3), 351-359. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458758&indexSearch=ID>.

Universidad Pontificia Bolivariana. Artículo Segundo de la Res

<sup>8</sup> Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marin A., (2009). Expectativas e Sentimentos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. *Aletheia*, 57-72

<sup>9</sup> Cáceres, F. (2012). Significado de Maternidad para Embarazadas y Miembros del Equipo de Salud en Bucaramanga. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 30 (Supl. 1) 43-45.

<sup>10</sup> Prieto B., Ruiz C. (2013). Significado del Puerperio a través de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*. Vol. 13 (Nº 1). 7-16.

<sup>11</sup> Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marin A., (2009). Expectativas e Sentimentos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. *Aletheia*, 57-72.

<sup>12</sup> Salim, N., Araújo, N., & Gualda, D. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 732-739.

la sobredimensión otorgada al dolor en el parto influyen directamente en la forma como se experimenta el proceso perinatal (Tabek, 2014)<sup>13</sup>.

El posparto, así como la gestación y el parto, son considerados socialmente como eventos de transición del estatus social de la mujer, y se ha visto que en diferentes culturas conlleva un rito apoyado por una mujer de la familia o un agente de salud que procura ciertas pautas de cuidado hacia la mujer que se encuentra en un periodo de labilidad, garantizando el estado físico y mental a futuro (Trussi et. al., 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el “parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés”, sin embargo, “en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos”<sup>14</sup>

Es más humana la atención del parto si se le pide la opinión a la mujer en trabajo de parto en los aspectos que no interfieran en la calidad técnica de la atención como el uso de medicamentos, la adopción obligatoria de una posición, o la participación de algún familiar, así se modificaría la “cosificación” de la mujer en manos del personal que le atiende (Darras y Jiménez, 1992)<sup>15</sup>; se ha encontrado que el apoyo emocional y físico reduce significativamente la duración del parto y disminuye la necesidad de intervención médica e instrumentalizada generando un impacto positivo en el posparto por cuenta de la disminución de los síntomas asociados a depresión, el

---

<sup>13</sup> Tabek, G. (2014). El Curso de Preparación Integral para la Maternidad y su Proyección en el Post-Parto: La Construcción del Cuerpo de las Mujeres en torno a la Maternidad y el Vínculo con el Recién Nacido, a partir de un estudio Etnográfico en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. (Investigación, Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativa 2013). Comisión Nacional Salud Investiga, Buenos Aires.

<sup>14</sup> Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018

<sup>15</sup> Darras, C. Jiménez R. (1992). Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland (Santa Cruz). Car Med AIS, Vol. 6 (N° 2), Pp. 31-34

aumento de los niveles de autoestima, el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y una sensibilidad intensificada por parte de la madre hacia las necesidades de su bebé (Scott, Klaus y Klaus, 1999)<sup>16</sup>.

En ese sentido la Organización Mundial de la Salud, (2015<sup>17</sup>, 2018<sup>18</sup>) usando la investigación científica y las prácticas en salud basadas en evidencia (recomendaciones GRADE), estipula que existen prácticas medicalizadas que no muestran evidencia científica y que afectan los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres en embarazo, parto y posparto. Cuando la salud de la mujer y la del feto o recién nacido no están comprometidas, estas prácticas institucionales no están recomendadas:

- Negar el movimiento de la mujer en el trabajo de parto y limitar este trabajo a la cama.
- Usar la monitoria fetal de manera permanente sin diagnóstico de enfermedad en el feto.
- No ofrecer alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.
- No ofrecer la posibilidad de acompañamiento por una persona elegida por la mujer.
- Realizar inducción artificial del trabajo de parto.
- Colocar analgesia epidural cuando la mujer no la ha solicitado por dolor.
- Realizar rotura de membranas uterinas de manera artificial (amniotomía).
- Realizar episiotomía rutinaria.
- Parto en posición horizontal o de litotomía sin facilitar las necesidades de la mujer en este momento.
- Limitar los tiempos naturales del trabajo de parto cuando la mujer y el feto presenten una adecuada salud.
- Hacer tactos vaginales de rutina por horarios pre establecidos y sin el consentimiento de la mujer.
- Presión física por parte del personal de salud en el fondo del útero (maniobra de Kristeller).
- Controlar, dirigir, presionar el pujo de la mujer en la fase expulsiva del parto, sobre todo cuando ella no tiene anestesia peridural, ignorando el proceso fisiológico en este momento.

---

<sup>16</sup> Scott, K., Klaus, P., Klaus, M. (1999). Los Beneficios Obstétricos y Posparto del Apoyo Continuo durante el Parto. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 8(10)

<sup>17</sup> Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018

<sup>18</sup> OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: OMS; 2015.

- Usar fórceps solo por profilaxis o prevención.
- Después del nacimiento cortar inmediatamente el cordón umbilical sin esperar a que deje de pulsar lo cual afecta la salud del recién nacido.
- Separar a la mujer del recién nacido después del nacimiento ignorando la importancia del contacto piel contra piel y la lactancia materna temprana en la primera hora de vida.
- Dar fórmula láctea al recién nacido cuando no sea necesario médicamente y sin el consentimiento de la mujer.

La mayoría de las anteriores prácticas medicalizadas se continúan realizando en Colombia como lo muestran varias investigaciones realizadas en nuestro país desde diferentes ámbitos académicos y científicos. Entre ellos vale la pena resaltar los trabajos realizados por la Maestría en Estudios de Género y Estudios Interculturales de la Universidad Nacional<sup>19</sup>, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana<sup>20</sup> la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca<sup>21</sup> y la Facultad de Enfermería<sup>22</sup> y el Postgrado de Obstetricia de la Universidad de Antioquia<sup>23</sup>.

Esta problemática evidencia igualmente tensiones en las relaciones de las mujeres gestantes y en trabajo de parto con las instituciones y los agentes de salud, lo que visibiliza situaciones de maltrato emocional y abuso de medicalización en ciudades como Bogotá y Cartagena<sup>24</sup>, así mismo, se evidencia insatisfacción de las mujeres

---

<sup>19</sup> Monroy Muñoz, Sonia Andrea. **El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá.** Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género. Bogotá, 2012.

<sup>20</sup> Vallana Sala, Viviana Valeria. **Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá.** Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Maestría en Estudios Culturales. Bogotá – 2016.

<sup>21</sup> Jojoa Tobar, Elisa; Cuchume S, Yuler DarioM; Ledesma R. Jenifer B; Muñoz M, Maria Cristina; Paja C, Adriana María y Suárez B, Juan Pablo. Caracterización de la violencia obstétrica en mujeres que asisten a los hogares FAMI de la Asociación 31 de marzo en la ciudad de Popayán. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería. 2016.

<sup>22</sup> Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, Molina Berrio DP, Arango Urrea JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. Investigación y Educación en Enfermería. 2018;36.

<sup>23</sup> Briceno Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. Qualitative health research. 2018;28(8):1308-19.

<sup>24</sup> Colón Iriarte, Candelaria. **Sentimientos, memorias y experiencia de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena.** Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Cartagena. Convenio de Cooperación. Escuela de Estudios de Género. Cartagena de Indias. 2008.

que hicieron parte de estas investigaciones a causa de los efectos de estas experiencias, sobre su salud o la de sus hijos recién nacidos.

En Colombia se ha evidenciado una excesiva medicalización y patologización de los embarazos y los partos, que va en aumento en el país. Según cifras del DANE<sup>25</sup>, en el año 2016, la cesárea alcanzó el 45% de los nacimientos en todo el territorio nacional. En los departamentos de Atlántico (68%), Bolívar (60%), César (59%), Córdoba (67%), La Guajira (50%), Magdalena (64%), Nariño (52%), Norte de Santander (53%), Santander (53%), Sucre (73%) y San Andrés (76%), los nacimientos tipo cesáreas superaron el número los nacimientos espontáneos.

Las anteriores son cifras preocupantes y lejanas a las recomendaciones que ha realizado la OMS<sup>26</sup>, pues “a nivel de población las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” y “las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte”.

Lo anterior se relaciona con la propuesta de Michel Odent, obstetra e investigador reconocido a nivel nacional e internacional, precursor del parto humanizado y quien hace énfasis en la necesidad de disminuir el índice de cesáreas innecesarias pues este es un procedimiento quirúrgico invasivo que tiene efectos secundarios a corto y largo plazo y por lo tanto solo se debe usar para salvar la vida de la mujer y el feto. Según Michel Odent es fundamental promover el parto natural y fisiológico cuando la madre y el feto o recién nacido presenten una adecuada salud. <sup>27</sup>

Referente al parto fisiológico Michel Odent argumenta que “ el proceso de parto es un proceso involuntario” que “implica la actividad de estructuras cerebrales arcaicas. Un proceso involuntario no se puede ayudar” pues esto puede “perturbar” y bloquear el proceso. “Esto nos lleva a pensar que las mujeres en trabajo de parto no necesitan ayuda activa directa. Necesitan sobre todo, la protección contra cualquier factor que pueda incrementar los niveles de adrenalina o estimular el neocórtex”<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>

<sup>26</sup> OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Tomado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who\\_rhr\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=E614221C6C35ED23938047DA931F430A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf;jsessionid=E614221C6C35ED23938047DA931F430A?sequence=1)

<sup>27</sup> Odent M. The Caesarean: Free Association Books; 2004.

<sup>28</sup> Odent, Michel. El nacimiento en la era del plástico. Editorial Creativa. Primera Edición. Buenos Aires. 2011. pp. 85



Michel Odent identifica en su práctica médica que la medicalización puede tener consecuencias cuando no es necesaria, la posición de este investigador está basada en los conocimientos de la neurofisiología del parto que fundamentan los riesgos de las cesáreas programadas sin que la salud de la mujer y el feto estén en riesgo. Al respecto dice: “Cuando una cesárea prematura ha sido programada, no existe garantía de que el bebé - en especial sus pulmones- esté perfectamente maduros” pues el binomio madre hijo produce hormonas naturales “asociadas con el progreso del parto” que “contribuyen a alcanzar la maduración de los pulmones. Por lo general, una cesárea programada implica que el feto no ha participado en la iniciación del parto. También implica que el feto no ha tenido la oportunidad de poner en práctica su sistema de hormonas de estrés. Las dificultades en la lactancia materna son más probables después de una cesárea programada. Además, las oportunidades de un parto vaginal exitoso después de una cesárea son mejores en el caso de una cesárea no programada”<sup>29</sup>.

La preparación al parto debe ser con información dada durante todo el periodo de gestación (Darras y Jiménez, 1992)<sup>30</sup>, pues las mujeres tienen la necesidad de ejercer poder decisorio sobre la manera como quieren vivir el momento del trabajo de parto y parto, para disminuir su ansiedad (Santos, Barros y Menezes, 2012)<sup>31</sup>, esto incluiría, además de los cursos sobre los aspectos físicos y fisiológicos del embarazo que permiten la autoafirmación de la mujer como sujeto activo y actriz principal del proceso, la percepción positiva del parto mismo (Sort, Beltrán y Mens, 2010)<sup>32</sup>, e información sobre formas de asistencia humanizada, pues cuando la información no se ofrece, la autonomía de la mujer se ve restringida, especialmente en los momentos de trabajo de parto, parto y amamantamiento (Santos et al., 2012).

Esta iniciativa busca no solo reconocer la diversidad étnica, sino también contribuir a la operativización de las adecuaciones culturales de los servicios de salud, particularmente en la atención del embarazo, parto y post parto, de tal manera que se favorezcan los diálogos de saberes entre el sistema de salud y el sistema médico

---

<sup>29</sup> Ibidem. pp. 103 - 104

<sup>30</sup> Darras, C. Jiménez R. (1992). Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland (Santa Cruz). Car Med AIS, Vol. 6 (Nº 2), Pp. 31-34.

<sup>31</sup> Santos C., Barros A., Menezes R. (2012). Concepções Sobre Maternidade, Parto E Amamentação Em Grupo De Gestantes. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 139-155.

<sup>32</sup> Sort P., Beltrán A., Mens A., (2010). Trabajar con el Cuerpo: La Experiencia de Ser Madre. Ágora de Enfermería. Vol. 14 (Nº24). 173-177.

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

Al respecto existe un marco jurídico nacional e internacional que “reconocen la necesidad de implementar acciones afirmativas, dada la existencia de grupos poblacionales que por situaciones específicas de vulnerabilidad, por desigualdades en la estructura social, mayores posibilidades de enfrentarse a riesgos y la imposibilidad de autosostenerse requieren protección diferencial”<sup>33</sup>. De tal manera los modelos de atención para el cuidado materno perinatal de las minorías étnicas en Colombia, deben reconocer que en estos procesos la pareja, la red familiar y sus sabedores ancestrales cumplen un papel fundamental en la prevención e intervención de riesgos biopsicosociales, cumpliendo un rol relevante en la referenciación desde el ámbito comunitario<sup>34</sup>.

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

---

<sup>33</sup> República de Colombia. Ministerio del Interior. El enfoque diferencial para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas del conflicto armado. Tomado de: [https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla\\_enfoque\\_diferencial\\_afro\\_final\\_2.pdf](https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_afro_final_2.pdf)

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

atención humanizada y respetada estén ampliamente financiados, equipados, accesibles para todas las mujeres<sup>35</sup>.

Desde la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología la anterior problemática ha sido reconocida <sup>36</sup> y desde este gremio también se promueve la importancia de un parto humanizado y respetado. Al respecto un artículo<sup>37</sup>, publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Cáceres-Manrique and Nieves-Cuervo 2017), la atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir sólo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; respetar su poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad, protegiendo siempre la vida, integridad y salud de la mujer y el recién nacido, con la más actualizada medicina basada en la evidencia científica y humanística.

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

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

---

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

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

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

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

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

## **II. TRÁMITE LEGISLATIVO**

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

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

## **III. PRINCIPALES ARGUMENTOS DEL PROYECTO DE LEY**

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

embarazo, teniendo en cuenta que en este período es de alta vulnerabilidad psíquica y biológica<sup>39</sup>.

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

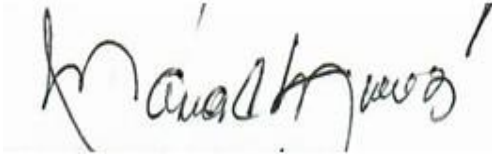


**JAIRO CRISTANCHO TARACHE**

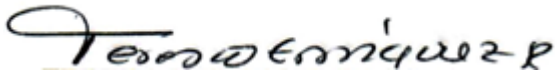
Representante a la Cámara  
Partido Centro Democrático

---

<sup>39</sup> Corte Constitucional SU 667-17



**MARIA CRISTINA SOTO**  
Representante a la Cámara  
Partido Conservador



**TERESA ENRIQUEZ ROSERO**  
Representante a la Cámara  
Partido de la U