



*Senado de la República*

## **PROYECTO DE LEY No. 237 DE 2008 – SENADO**

“Por la cual se declara Urgencia Vital la atención integral del servicio de salud materna, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, se modifican los Artículos 166 y 230 de la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones “

### **EL CONGRESO DE COLOMBIA**

#### **DECRETA:**

**ARTÍCULO 1. OBJETO.-** La presente ley tiene por objeto modificar las circunstancias epidemiológicas sobre las cuales, en el Artículo 166 de la Ley 100 de 1993, se definió el contenido y alcance del concepto de atención de la salud de la mujer gestante, durante el período del embarazo, el parto, el puerperio y las afecciones relacionadas con la lactancia; así como también los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, en los eventos no constitutivos del delito de aborto, al tenor de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006 de la Honorable Corte Constitucional y en concordancia con el Decreto Reglamentario 4444 de 2006.

En consecuencia, el Artículo 166 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

***ARTÍCULO 166. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.-*** *El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá como una Urgencia Vital los servicios de: planificación familiar, obstétricos de salud en el control prenatal, la detección temprana de las alteraciones del embarazo, la atención del parto, el control del postparto o sus complicaciones obstétricas, las afecciones relacionadas con la lactancia materna y el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, al tenor de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006 de la Honorable Corte Constitucional .*

**ARTÍCULO 2. ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MATERNA COMO URGENCIA VITAL.-** A partir de la presente ley se entiende la Urgencia Vital, dentro de la atención integral a la salud materna, como aquella situación de grado superior a la Urgencia en que exista un peligro inmediato, real o potencial que, ante la falta de atención médica inmediata, adecuada y

cualificada, de lugar a la muerte de la paciente o del nasciturus o a la producción de graves secuelas físicas o psicológicas permanentes en la salud de ambos. En consecuencia, el Ministerio de la Protección Social, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la promulgación de esta Ley, reglamentará en lo pertinente, las guías de atención integral de la salud materna a efecto de su aplicación por parte de las EPS, las IPS, las ARS u otras entidades prestadoras de servicios de salud.

**ARTÍCULO 3. ACCESIBILIDAD.-** Las entidades prestadoras de servicios de salud, a partir de la presente ley, adecuarán los horarios y turnos de atención para las mujeres embarazadas, a fin de facilitar y garantizar su concurrencia a los controles, intervenciones paraclínicas y demás procedimientos. Las mujeres que demanden el servicio, aun cuando no cuenten con turno previamente solicitado, deberán ser atendidas con el propósito de lograr el más alto nivel de salud materna.

**ARTÍCULO 4. PARTO VERTICAL.-** Se ofrecerá a toda mujer en proceso de gestación, previa información completa, objetiva y adecuada por parte del Médico Tratante o su Entidad Prestadora de Servicios de Salud, la posibilidad de elegir entre el procedimiento de Parto Vertical, en cualquiera de sus modalidades, o Parto Horizontal a la hora del alumbramiento. A partir de la vigencia de la presente ley, en los manuales de actividades, procedimientos e intervenciones, así como también en las normas técnicas de atención de la salud materna, el Ministerio de la Protección Social incluirá el procedimiento del Parto Vertical, para garantizar a las mujeres provenientes de comunidades indígenas, afrocolombianas u otras que así lo soliciten, el alumbramiento de conformidad con sus usos y costumbres, para lo cual, igualmente se ordenará la adecuación de las salas de parto.

**ARTÍCULO 5. IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE RIESGOS DEL BINOMIO MADRE E HIJO.-** A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades prestadoras de servicios de salud están en la obligación de suministrar los suplementos vitamínicos de calidad a la gestante y a realizar todos los exámenes necesarios para la prevención de enfermedades y malformaciones congénitas asociadas a infecciones que se presenten en el feto, ordenados bajo criterio y discreción del médico tratante.

**ARTÍCULO 6. RÉGIMEN SANCIONATORIO.-** Adiciónese al Artículo 230 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera

**ARTÍCULO 230. RÉGIMEN SANCIONATORIO.** La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, **166**, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía.

(...)

**PARAGRAFO 3º.-** *Cualquier violación a lo dispuesto en cuanto atención integral a la salud materna como urgencia vital, accesibilidad a los horarios y turnos de atención a las mujeres gestantes, parto vertical e identificación temprana de riesgos del binomio madre e hijo, será objeto del régimen sancionatorio previsto en esta norma.*

**ARTÍCULO 7. VIGENCIA Y DEROGATORIA.-** La presente ley rige a partir de su promulgación y subroga en lo pertinente los Artículos 166 y 230 de la Ley 100 de 1993 y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Toda mujer tiene el derecho fundamental a un embarazo y a un parto seguros y a una maternidad saludable y satisfactoria, de ahí que el propósito de la presente iniciativa es colocar el tema de la salud materna como una “urgencia vital” del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de lograr la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, a través de la detección temprana, eficaz y eficiente de las alteraciones del embarazo.

Según la OMS, la mortalidad materna se constituya en un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico y es la expresión más evidente de inequidad, discriminación e injusticia social contra las mujeres más pobres.

La tasa de mortalidad materna en Colombia reportada por el DANE en el censo de población adelantado en el 2005, indica que por cada 100.000 nacidos vivos, mueren 68.45 mujeres, cifra que no ha variado de manera importante en los últimos años, así como sus posibles causas y grupos etéreos afectados como las adolescentes; tasa que está por encima de los índices de mortalidad materna de otros países de la región como Brasil con 44,9 x 100.000 nacidos vivos, Argentina con 43,5, Uruguay con 28 y Chile con 18; muertes que son evitables con un adecuado y oportuno control prenatal y de atención integral humanizada del parto y el puerperio.

Los siguientes cuadros de estadísticas vitales del DANE, adelantadas durante el Censo de Población del 2005, ponen en evidencia el estado de salud materna de las mujeres colombianas en el período comprendido entre los años 2000 y 2005, de donde se deduce que en Colombia ocurren entre 859 y 895 muertes maternas por año<sup>1</sup>

### INDICADORES TRAZADORES 2007

Indicador trazador	ESTADO DE SALUD						Fuente
	Año						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	104,94	98,58	84,37	77,81	77,21	68,45	DANE

---

<sup>1</sup> CARRILLO U. Abelardo “La mortalidad materna en Colombia”, Revista Ciencia y Salud, Bogotá, Julio-septiembre de 2007, pag. 74



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, mortalidad y nacidos vivos por año. 2005 preliminar. Meta ODM: 45 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.

### RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA AÑO 2005 (Preliminar)

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE CAUSAS	Total	Nacidos Vivos	Razón mort mat
<b>TOTAL NACIONAL</b>	478	698.353	68,45
ANTIOQUIA	60	94.270	63,65
ATLANTICO	28	35.447	78,99
BOGOTA	64	112.413	56,93
BOLIVAR	28	30.501	91,80
BOYACA	11	18.167	60,55
CALDAS	6	13.975	42,93
CAQUETA	7	7.214	97,03
CAUCA	22	18.141	121,27
CESAR	7	19.533	35,84
CORDOBA	7	26.949	25,97
CUNDINAMARCA	23	32.745	70,24
CHOCO	11	4.891	224,90
HUILA	8	20.799	38,46
LA GUAJIRA	15	11.091	135,24
MAGDALENA	19	19.962	95,18
META	11	15.689	70,11
NARIÑO	8	22.509	35,54
NORTE DE SANTANDER	17	20.822	81,64
QUINDIO	6	7.485	80,16
RISARALDA	9	12.926	69,63
SANTANDER	18	33.646	53,50
SUCRE	8	13.733	58,25
TOLIMA	13	21.999	59,09
VALLE	55	61.778	89,03
ARAUCA	3	4.968	60,39
CASANARE	3	5.913	50,74
PUTUMAYO	2	5.012	39,90
SAN ANDRES	1	967	103,41
AMAZONAS	2	1.256	159,24
GUAINIA	3	518	579,15
GUAVIARE		1.748	0,00
VAUPES		534	0,00
VICHADA		220	0,00

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, mortalidad y nacidos vivos por año 2005 preliminar.

El 90% de las muertes de las mujeres gestantes tienen como causa el trastorno hipertensivo asociado a la gestación y las hemorragias posteriores al parto o con ocasión de un aborto inseguro. Pero estudios realizados sobre los factores socioeconómicos asociados a la mortalidad materna se observa que mientras en el Chocó mueren cerca de 400 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, en Risaralda mueren 52 y en Bogotá entre 83 y 110.

No obstante, la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las muertes maternas adelantada por el Instituto Nacional de Salud indica que la notificación es irregular, razón por la cual se estima que existe un sub-registro del 50% al comparar los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) con los del DANE.

Además del control prenatal, la atención del parto, el puerperio y el manejo de las complicaciones obstétricas se convierte en una medida importante frente a la mortalidad materna, siendo allí donde se requiere de la capacidad y eficiencia del servicio para atender los niveles de complejidad que garantice con oportunidad e idoneidad la atención de la salud materna como una “urgencia vital” que ponga a salvo la vida de la mujer, en razón de lo cual, la situación de la mortalidad materna en el país se debe evaluar desde las perspectivas de derechos humanos, equidad social, salud pública y “urgencia vital”.

Si bien es cierto el concepto de “urgencia vital”, no está contemplado en la Resolución No. 5262 de 1994, por la cual se establece el Manual de actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encontramos que en el Acuerdo 117 de 2000 del Consejo de Seguridad Social en Salud que hace alusión a los mismos temas, en sus Artículos 5° y 6° se provee una protección específica para la atención del parto y la detección temprana de las alteraciones del embarazo, referidas a una clara conceptualización establecida en el Artículo 2° según la cual, se busca evitar la aparición de la enfermedad frente al riesgo de secuelas, incapacidad y muerte, lo que le imprime un tratamiento preferencial, frente al resto de actividades, procedimientos e intervenciones en materia de salud pública.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud para los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, en el marco de las competencias de los actores involucrados a nivel nacional, territorial y local, conforme a los recursos disponibles y acogiendo los compromisos adquiridos a nivel internacional como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, una de cuyas metas es reducir la mortalidad materna en un 75% hasta el año 2015.

El Plan Nacional de Salud Pública consagra unos principios que hacen alusión a los siguientes aspectos: calidad, eficiencia, responsabilidad, participación social, intersectorialidad y ***respeto por la diversidad cultural y étnica***, que lo define como: ***“La garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001”***.

Lo anterior es de vital importancia en el reconocimiento de la diversidad étnico cultural del tejido social de la nación, especialmente tratándose de los usos y costumbres que las mujeres

pertencientes a las comunidades indígenas y afrocolombianas aplican durante el proceso del parto, que deben ser contempladas en la formulación y ejecución de la Política Pública en materia de Seguridad Social en Salud; para lo cual el legislador debe proveer los mecanismos adecuados y humanizantes para su incorporación en la ley y en los manuales de actividades, procedimientos e intervenciones para la atención del parto vertical.

En lo que atañe al Parto Vertical, debe hacerse énfasis en que una de las prácticas culturales más importantes en relación con la atención del parto es la posición que adopta la mujer al momento del alumbramiento. La gran mayoría de mujeres andinas, amazónicas y pertenecientes a tribus indígenas prefieren la posición vertical, bien sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras poses diferentes. Sin embargo, en nuestro país la capacitación al personal médico y de salud se limita a la atención del parto solo en la posición horizontal (acostada). Esta irregularidad, además de desatender algo tan importante como la necesidad de incorporar una práctica ancestral al conocimiento y experiencia médica, genera un rechazo de dichas comunidades autóctonas a someterse a procedimientos que le son extraños.

En un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos acorde a la valoración de las tradiciones y saberes propios de cada comunidad; es deber del Estado la capacitación de los funcionarios médicos en una práctica ancestral como lo es el “parto vertical” y, además, la adecuación de las instalaciones clínicas para la prestación de un adecuado servicio.

No obstante, la aplicación del parto vertical no solo resulta conveniente por respeto a las culturas autóctonas de nuestro país. Debe resaltarse el hecho que el Parto Vertical es mucho más rápido que el parto horizontal ya que es más natural y beneficioso. En posición tumbada, la pelvis de la mujer se aplana haciendo el parto más difícil, en cambio, en el parto vertical, la fuerza de la gravedad juega un papel fundamental facilitando la dilatación por el peso que ejerce el bebé sobre el canal de parto, que además se encuentra mejor orientado.

Por lo anterior, el parto vertical (parto natural), presenta resultados más eficaces, menos sangrado, menos posibilidad de desgarros y mucho menos dolor. Se ha observado que con este método las madres adoptaban la posición más cómoda posible, haciendo más fácil el alumbramiento y el trabajo del médico que sólo recibe al recién nacido. Por lo que su implementación generalizada como opción potestativa de la mujer al momento del alumbramiento o previo a el, traería grandes beneficios a las actuales políticas en materia de Salud Pública.

Según el Profesor Hugo Sabatini de la Universidad de Campinas, São Paulo (Brasil) y coordinador del Grupo de Parto Alternativo de este país, la posición vertical es la más fisiológica para el parto pues cuando la mujer está acostada o en posición horizontal el peso del feto puede comprimir las venas aorta y cava, lo que, en algunos casos, dificulta el intercambio placentario para recibir oxígeno. La fuerza de la gravedad cuando la mujer se encuentra en posición vertical, ayuda a que el niño (a) caiga prácticamente por su propio peso, mientras que en posición horizontal el niño debe realizar un esfuerzo mayor, ya que el nacimiento se produce hacia arriba. Así, cuando la madre está pariendo de cuclillas, las fuerzas que ejerce la pelvis para la expulsión aumentan un 20%, respecto a cuando el parto se lleva a cabo en posición horizontal. Este hecho se ha demostrado mediante exámenes radiológicos y sólo ocurre cuando el parto acontece de cuclillas.

En el fondo, escoger la forma de parir es algo muy personal, cada modalidad tiene sus pros y sus contras, tanto para el médico como para la paciente y dependiendo de la forma en que se presente el feto. Es por ello una necesidad imperante establecer por mandato legal el que se le brinde a la mujer gestante la facultad de elegir libremente y bajo consentimiento informado, según las particularidades del caso, la forma en cómo desea parir.

Bogotá, D.C., Febrero 26 de 2008

***GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS***  
**Senadora de la República**

***ELSA GLADYS CIFUENTES ARANZAZU***  
**Senadora de la República**