



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVII - Nº 337

Bogotá, D. C., lunes 9 de junio de 2008

EDICION DE 16 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JESUS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO

SECRETARIO GENERAL (E.) DE LA CAMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 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.

Bogotá, D. C., 4 de junio de 2008

Honorable Senador:

MILTON ARLEX RODRIGUEZ SARMIENTO

Presidente Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Apreciado doctor:

En cumplimiento del encargo encomendado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, se procede a rendir informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 237 de 2008 Senado.

El proyecto de ley, *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*, busca la aprobación del Congreso de la República de Colombia para instaurar el concepto de Urgencia Vital y así modificar las circunstancias epidemiológicas sobre las cuales, en el artículo 166 de la Ley 100 de 1993, 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, según las tres causales contempladas en lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006 de la honorable Corte Constitucional y en concordancia con el Decreto Reglamentario 4444 de 2006.

A fines de una estructuración clara y lógica de esta ponencia, comenzaremos por enunciar los antecedentes y origen de la figura, para posteriormente pasar a hacer un estudio de la situación actual en Colombia y las razones que me llevan a considerar pertinente darle **ponencia favorable**, conforme a lo que se explicará a continuación.

1. Introducción

El proyecto en mención fue presentado el día 27 de febrero de 2008 en la Secretaría General del honorable Senado de la República y correspondió su conocimiento a la Comisión Séptima Constitucional de la cual hago parte y por la cual fui nombrada como Ponente.

2. Objetivo del proyecto

Esta iniciativa parlamentaria pretende elevar el concepto del Parto como Urgencia Vital en Colombia para que la Salud Materna, entendida en su conjunto, y los eventos de Interrupción Voluntaria del Embarazo permitidos por la Corte Constitucional y reglamentados por el gobierno mediante el Decreto 444 de 2007, sean elevados a la Categoría de Urgencia Vital y así reducir los índices de morbilidad materna, preservando y protegiendo el derecho a la salud con que toda mujer en estado de embarazo debe contar.

Igualmente, se pretende proteger el derecho de la mujer a que sea respetada su voluntad sobre la forma en como desea se desarrolle su parto, al instaurar la adopción de la modalidad del "Parto Vertical", la cual deberá ser acogida e implementada a través de las medidas sanitarias necesarias y adecuadas que implemente el Gobierno Nacional, a través de todo el sistema de salud, con el fin de respetar las prácticas ancestrales que usan las culturas indígenas, andinas y afro colombianas de nuestro país; las cuales se ven sometidas a procedimientos extraños e invasivos como el parto "horizontal" al acudir al Sistema General de Salud.

3. Fundamentos legales

El presente proyecto cumple con lo dispuesto en los artículos 154 y 158 de la Constitución Nacional, en cuanto a que es de iniciativa parlamentaria y cumple con el requisito de unidad de materia.

4. Análisis del proyecto

El proyecto de ley consta de siete (7) artículos en los cuales se hace clara referencia a las urgentes necesidades y voluntad del pueblo, plasmada a través de la autoría de las Senadoras Gloria Inés Ramírez Ríos y Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu, respaldado por el mandato de la Constitución Política de Colombia en sus artículos 1°, 2°, 5°, 7°, 8°, 11, 12, 13, 42 y muy especialmente al artículo 43.

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 pro-

pósito 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 prenatal, a través de la detección temprana, eficaz y eficiente de las alteraciones del embarazo y la atención prevalente y de calidad en todo el proceso del embarazo, el parto y postparto, lo cual incluye la atención y control prenatal tanto para la madre como para el bebé que está por nacer, una atención de calidad en el parto, respetando las tradiciones culturales que no atenten contra los principios de la vida y la dignidad, así como todos los cuidados maternos que se requieran en la etapa de puerperio, para asegurar el restablecimiento físico y la salud integral de la madre.

Igualmente se busca que los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo que han sido permitidos por la Corte Constitucional, se eleven a categoría de Urgencia Vital para evitar los múltiples casos de desacato a la Jurisprudencia del alto tribunal, que se ha visto burlada cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud, amparándose en la “objeción de conciencia”, beneficio destinado únicamente a las personas naturales y nunca con alcance institucional, se niegan o ponen todos los obstáculos imaginables con el fin de dilatar la solicitud de las mujeres que desean recurrir a dicha práctica por encontrarse inmersas en una de las tres causales autorizadas por el Tribunal Constitucional.

Recientemente, la Corte Constitucional falló a favor de una menor de 13 años que instauró una tutela al verse obligada a llevar a cabo el parto de su hijo porque ningún centro asistencial interrumpió su embarazo, fruto de la violación sufrida por parte de su padre; aun cuando su caso está cobijado dentro de las hipótesis jurisprudencial y legalmente autorizadas.

Reseña el diario “El Espectador”, en su edición digital del día 12 de mayo de 2008 que:

“La joven acudió inicialmente a la red de clínicas de Coomeva, después al Hospital Erasmo Meoz en Cúcuta y a cinco centros asistenciales más de la capital nortesantandereana y en ninguno avalaron el procedimiento. Finalmente tuvo el bebé.

Durante el proceso instauró dos tutelas que no fueron admitidas, por razones que son motivo de investigación por parte de las autoridades. La Corte recordó en el reciente fallo que cuando los especialistas argumentan objeción de conciencia, este procedimiento debe justificarse ante un tribunal ético.

El Alto Tribunal hizo un llamado al Ministerio de la Protección Social para que vigile que las entidades de salud respeten la decisión de la Corte e implemente de manera obligatoria “una adecuada prestación a la interrupción de los embarazos en los tres casos especificados: violación o incesto, malformación del feto y cuando peligra la vida de la madre”, asegura el fallo”.

En palabras del doctor Darío Arcila Arenas, Asesor en Ética y Responsabilidad Médica de la Universidad de Antioquia, siguiendo los lineamientos dados por la Corte Constitucional en la Sentencia C355 de 2006 “Las personas jurídicas no tienen ‘conciencia’, pues este es un atributo exclusivo de la persona natural: por ello, las IPS privadas no son titulares del derecho fundamental a la objeción de conciencia. Pero si las IPS privadas tienen su propia orientación religiosa o política, en nuestro Estado de derecho, laico y pluralista, se debe respetar su decisión de no practicar abortos y los principios religiosos en que se fundamenta, y reconocer a aquellas una exención análoga al derecho a la objeción de conciencia, excepto en caso de urgencia o de estado de necesidad”¹.

Como se verá, esto viene siendo desconocido por buena parte de las EPS e IPS, razón por la cual, como legisladores y encargados de velar por la salud y bienestar de las mujeres de Colombia, debemos poner fin y subsanar dichas falencias.

5. Historia

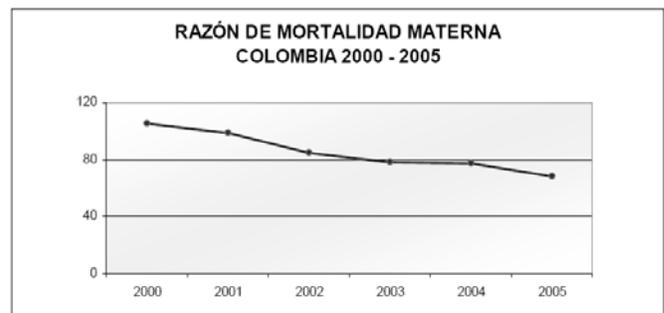
Según la OMS, la mortalidad materna se constituye en un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico y es la expresión más evidente de inequidad, discriminación e injusticia social contra las mujeres más pobres.

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, lo cual indica que no se han intervenido las causas que llevan a que se presente esta cifra elevada de mortalidad materna, especialmente en los casos de embarazo adolescente, lo cual ubica a nuestro país 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 año².

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 |



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 |
|---|-------|---------------|----------------|
| TOTAL NACIONAL | 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.

¹ <http://www.periodicoelpulso.com/html/0712dic/general/general-04.htm>

² CARRILLO U. Abelardo “La mortalidad materna en Colombia”, Revista Ciencia y Salud, Bogotá, julio-septiembre de 2007, pag. 74.

Si bien es cierto el concepto de “urgencia vital”, no está contemplado en la Resolución número 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 entrándose de los usos y costumbres que las mujeres pertenecientes 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, de tal forma que se pueda dotar a las mujeres de mecanismos legales a través de los cuales puedan garantizar su exigibilidad.

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 de que el Parto Vertical es mucho más rápido que el parto

horizontal ya que es más natural y beneficioso. En posición horizontal, 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 él, 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.

6. Conclusiones

Según las estadísticas analizadas, el 90% de las muertes en 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 el reporte oficial de casos de mortalidad materna no refleja la dimensión total de la problemática 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 y del nasciturus/del bebé que está por nacer, 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”.

Respecto al parto vertical, escoger la forma en la cual deberá llevarse a cabo el parto 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.

7. Proposición

En atención a las anteriores consideraciones proponemos **dar primer debate** al Proyecto de ley número 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 mo-*

difican los artículos 166 y 230 de la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones". Se propone el texto anexo para su discusión por parte de la honorable Comisión Séptima.

De los honorables Senadores,

Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu,
Senadora de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los cuatro (4) días del mes de junio del año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, a catorce (14) folios, el Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate, **al Proyecto de ley número 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.**

Proyecto de ley de autoría de las honorables Senadoras:

Gloria Inés Ramírez Ríos y Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu.

El Secretario,

Jesús María España Vergara

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 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.

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, dé 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.

(...)

Parágrafo 3°. 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.

De los honorables Senadores,

Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu,
Senadora de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los cuatro (4) días del mes de junio del año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, a catorce (14) folios, el Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate, **al Proyecto de ley número 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**". Proyecto de ley de autoría de las honorables Senadoras *Gloria Inés Ramírez Ríos y Elsa Gladys Cifuentes Aranzazu.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 28 DE 2007 SENADO

por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.

Bogotá, D. C., junio 5 de 2008

Doctor

MILTON ARLEX RODRIGUEZ

Presidente

Comisión Séptima Constitucional de Senado

Ciudad.

Respetado Presidente:

De conformidad con la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de Senado, procedo a presentar el **Informe de Ponencia para Segundo debate del Proyecto de ley número 28 de 2007 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.

1. Requisitos del proyecto de ley

Esta iniciativa legislativa es autoría de los honorables Congresistas Senadores Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez P. y la Representante a la Cámara Gloria Stella Díaz, radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el día 30 de julio de 2007 y publicado en la **Gaceta del Congreso** número 345 de 2007, de conformidad con los artículos 144, 145 y 147 de la Ley 5ª de 1992.

2. Propósito del proyecto

El proyecto de ley en mención propone:

1. Garantizar y optimizar la protección integral de las personas que padecen epilepsia.
2. Consagrar principios y lineamientos para el proceso del manejo integral de estas personas.

3. Estructura de la iniciativa

La ordenación del proyecto de ley está dispuesto en cuatro capítulos así:

• CAPITULO I

Objeto, principios, prohibición e infraestructura y reglamentación.

• CAPITULO II

Lineamientos de protección integral para las personas que padecen epilepsia.

• CAPITULO III

Derechos y deberes de las personas con epilepsia

• CAPITULO IV

Vigilancia y control

4. Justificación de la Iniciativa

Los autores del proyecto de ley número 28 de 2007 Senado, sustentan su propuesta así:

- En la necesidad que padecen las personas con Epilepsia, ya que su condición los inhibe para lograr su desarrollo en la sociedad, haciéndolas cada vez más dependientes de sus familias y entornos más próximos.

- Se requiere por parte del Estado colombiano, el garantizar a estas personas una calidad de vida acorde con su problemática protegiéndoles su vida, dignidad y demás derechos constitucionales.

- Brindar una protección integral en virtud a que el Estado carece de políticas que suplan o mengüen de alguna manera las necesidades que se derivan de esta enfermedad.

- Educar a la sociedad en el conocimiento de esta enfermedad, a fin de evitar el rechazo en las escuelas y sitios de trabajo, por las falsas creencias y concepciones que se tienen de la misma.

- Lograr una adecuada prescripción médica, que permita a la persona afectada gozar de los mismos derechos y deberes de todo colombiano.

- Brindar una protección al enfermo y a su familia al permitir que en virtud a su problema se elimine todo tipo de discriminación.

- Existencia de discriminación para el ingreso al Sistema General de Salud, a las personas que padecen de epilepsia, al determinarse como una preexistencia.

- La Ley 100 de 1994, no define claramente la cobertura integral para quienes padecen de algún tipo de discapacidad, lesionando los derechos de estas personas.

Hay un gran rezago de nuestro país frente a las directrices internacionales, lo que *“le imprime urgencia a la toma de medidas legislativas coherentes con la evolución del derecho de la humanidad, máxime cuando el artículo 13 de nuestra Constitución Política indica, “...El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”, entendiéndose entonces que, la Dignidad y Valía de la persona son condiciones inherentes a todos los seres, independientemente de su edad, sexo, religión, cultura, color de piel, condición o ideologías, es decir, todos tenemos derechos por el solo hecho de ser humanos”*¹.

5. Conceptualización de la epilepsia

Dentro de la justificación de la iniciativa, los autores dan alcance al contenido de la epilepsia, según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, la cual se constituye *“en un trastorno neurológico de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas. Originando severos problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos agravados por los niveles de pobreza. No todas las personas que padecen una crisis epiléptica se diagnostican de epilepsia. Se consideran personas con epilepsia (epilépticos) cuando padecen por lo menos dos o más crisis (convulsiones²). No ligadas a otros eventos (tumor cerebral, infecciones o hemorragias).*

De igual manera, se precisan las características de la enfermedad ya que la misma es crónica, y tiene diversas causas que la provocan, se manifiesta mediante crisis, ataques periódicos o recurrentes, con pérdida de la conciencia, movimientos automáticos, caídas al suelo con graves daños del cerebro y de los órganos de la autonomía, se producen cambios involuntarios de movimiento que los hacen confundir con trastornos psiquiátricos sin serlo, su duración varía y existen multitud de tipos diferentes de crisis epilépticas. En los niños existen desconexiones de la realidad fugaces con pérdida de la conciencia en múltiples ocasiones diarias, por lo que son rechazados por “ineptos” dado la ignorancia de los maestros y docentes. La adolescencia, edad sumamente crítica de estos pacientes, se acompaña de depresión e irritabilidad grave, abandonando con frecuencia los estudios y marginándose de la sociedad. La familia queda sola responsable del paciente sin protección clara.

Las crisis van acompañadas de la pérdida de conciencia, caída repentina y convulsiones que, en la mayoría de los casos son malinterpretados por las personas que observan estos eventos críticos de quienes padecen la enfermedad, tildándolos de poseídos o psicóticos o contagiosos. De igual manera dependiendo del lugar donde pueda ocurrir una crisis deviene en aspectos mucho más graves como son las fracturas craneoencefálicas y esqueléticas, obstrucciones respiratorias y neumonías por aspiración de alimentos, entre otros. La cronicidad de las crisis produce lo llamado encefalopatía epiléptica que lleva al paciente

¹ Exposición de motivos Proyecto de ley número 28 de 2007 Senado.

² Ibidem.

a un estado de inferioridad mental que lo hará incapaz para defenderse en la vida. Esto constituye ya un estado irreversible por falta de prevención y tratamiento oportuno.

Es de anotar como se argumenta la necesidad por parte de los autores, de la ausencia de una detección y tratamiento adecuado que permita disminuir los efectos sociales y económicos que esta falencia genera en el mismo Sistema de Seguridad Social.

Desde el punto de la mortalidad en la población afectada por esta enfermedad, se especifica por parte de los autores, como alta, frente al resto de la población no hay estadísticas claras, pero se supone es el doble de la población general, especialmente la llamada Muerte Súbita e Inesperada en Epilepsia (Síndrome SUDEP) que sucede por un paro abrupto cardíaco lo que implica que ante un mejor diagnóstico y atención con tratamiento apropiado, daría un control apropiado a las crisis que redundan en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

6. Cifras sobre enfermos de epilepsia

A nivel mundial hay 50 millones de personas con epilepsia (Susan Lund, Presidenta del Buró Internacional de la Epilepsia-IBE-). En Latinoamérica se calcula que aproximadamente 5 millones de personas padecen la enfermedad, de las cuales más de tres millones no reciben tratamiento.

Para Colombia según el estudio realizado por un grupo liderado por el doctor Jaime Gómez González del Instituto Neurológico de Colombia se halló un 20 x mil de prevalencia, iguales resultados se encontraron en los estudios realizados por el doctor Jaime Fandiño Franky de la Liga Colombiana contra la Epilepsia en los departamentos de la Costa Caribe, en el estudio dirigido por el doctor Gustavo Pradilla, en Santander del Sur, y en el estudio realizado en Medellín por el doctor Iván Jiménez, quien encontró entre la clase más pobre una prevalencia del 37 x mil.

Con los datos anteriores se calcula que actualmente pueden existir cerca de 810.000 personas con epilepsia y que a juicio de los autores “si cada persona con epilepsia tiene influencia directa sobre 10 más, que es el promedio del círculo familiar colombiano, debemos convenarnos que hay 8.100.000 personas comprometidas directamente en la problemática de la epilepsia en Colombia”.

El 30% de las personas que padecen la enfermedad (243.000) poseen incapacidad para llevar una vida normal (Reporte del Buró Internacional de la Epilepsia (IBE), de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y de publicaciones científicas diversas (Germann Stefan In: Neurology Edited by Dieter Schmidt 2000)).

En cuanto a la medicación contenida en el Plan Obligatorio de Salud del sector subsidiado y Contributivo, en su mayoría produce efectos secundarios, los que se reflejan en el aspecto físico de quien padece la enfermedad.

En cuanto a los costos del manejo de la enfermedad, son calculados en una tabla por los autores así:

| MEDICACIONES | COSTOS PARCIALES | COSTO ANUAL ³ |
|--|---|---|
| Genéricos básicos (3 dosis diarias) | \$500 x 3=\$1.500 1.500x810.000=1.215 millones de pesos | \$1.215 millones x 360 días = \$437.400 millones de pesos (1) |
| Consultas y exámenes de laboratorio indispensables (2) | | \$405.000 millones de pesos |
| Primera consulta (especialista- electroencefalograma-TAC cerebral y exámenes de laboratorio) | \$200.000.00 (tarifa pos) x 810.000 = \$162.000 millones de pesos | |
| Tres consultas más en un año con un nivel sérico (3) y un hemograma. (Valor de cada una \$100.000.00). | \$100.000.00 x 810.000 = \$81.000 millones x 3 = \$243.000. millones de pesos | |

| MEDICACIONES | COSTOS PARCIALES | COSTO ANUAL ³ |
|--|------------------|---|
| Rehabilitación (4) (Educación especial, fisioterapia, fonoaudiología, psicología). | | \$1 millón x 243.000 pacientes = \$ 243.000 millones de pesos |
| Costos indirectos (5) | | |
| TOTAL IMPACTO ECONOMICO | | \$ 1.085.400 millones de pesos⁴ |

A nivel normativo solo se tiene el Acuerdo 117 de 1998, del Ministerio de Salud, en donde se incluyó la Epilepsia como una de las enfermedades de prioridad en salud pública, la cual redefine un protocolo de manejo y tratamiento de las personas que la padecen pero a pesar de considerarse una prioridad en salud pública nunca se hizo una ley para protegerlos.

7. Marco constitucional y legal

Constitución Política

TITULO I

DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

“Artículo 1°.

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2°.

Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 13.

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

³ * Fuente: Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Cartagena de Indias, Marzo de 2007.

- (1) Naturalmente, buena parte de este valor es costeado por el sistema de salud. Sin embargo, una gran cantidad de pacientes se ven obligados a costear la medicación, porque no se la proporcionan, provocando una ruina diaria para las familias.
- (2) Para poder diagnosticar el tipo de epilepsia, el síndrome y la etiología (causa) es fundamental hacer mínimo estos exámenes
- (3) Medición de la droga en la sangre
- (4) Se requiere en el 30% de las personas con epilepsia (informe del IBE) o sea 243.000
- (5) No se tienen en cuenta costos indirectos como transporte, lucro cesante del acompañante y consultas de “descompensación” durante el año. Tampoco otros exámenes que surgen de esta última eventualidad. Tampoco los honorarios médicos que los suponemos dentro de estos gastos, que no son honorarios privados.

Artículo 47.

El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 48.

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

Artículo 49.

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Esta norma consagra la cobertura de medicamentos NO POS, en donde el asegurador debe cubrir hasta el valor de la opción que se encuentre incluida en el POS y recobrar el excedente al Fosyga.

En igual sentido el artículo 2°, numeral 3.2, frente al POS'S, indica la cobertura para los pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central.

El Tratamiento quirúrgico se integra a través de la Resolución número 5261 de 1994, o manual de procedimientos e intervenciones.

8. Resultado Foro “La Indiferencia no ayuda”

Teniendo en cuenta la importancia de contar con aportes de todos los sectores, el autor y la ponente del proyecto de ley, determinaron la importancia de realizar un foro, en donde además de contar con la participación de expertos en el tema el Ministro de la Protección Social, Diego Palacio, los doctores Hanneke de Boer, Presidenta de la Academia Europea de Epilepsia; Carlos Acevedo MD, Vicepresidente del Buró Internacional de la Epilepsia (IBE); Jaime Fandiño-Franky MD, Liga Colombiana Contra la Epilepsia y la Secretaría de Salud del Distrito, el doctor Carlos Medina Malo de la Liga Central contra la Epilepsia, lográndose recopilar insumos importantes que den alcance a las verdaderas necesidades de las personas que padecen este Síndrome, de tal evento se pudo concluir que:

1. La discriminación tiene dos grupos grandes:

a) Las personas normales que tienen epilepsia y que son las víctimas claras pues le hacen el despido o persecución cuando tienen una crisis;

b) Las personas discapacitadas con epilepsia que no las reciben en una institución de educación especial o centro de rehabilitación porque tienen epilepsia;

c) Luchar contra la discriminación en todos los ambientes, especialmente en los centros educativos y sitios de trabajo.

2. Los derechos humanos de la persona con epilepsia, que en su gran mayoría es normal, no deben confundirse con el genérico de discapacitado.

3. La epilepsia no es una enfermedad; es un trastorno en la actividad eléctrica del cerebro que se controla con medicamentos apropiados, pero que puede repetir en momentos inesperados, que son los fatídicos para la relación con sus jefes y superiores y compañeros.

4. La epilepsia no es una discapacidad. Hay algunos discapacitados que tienen epilepsia y que son rechazados de los institutos de rehabilitación por esta causa, no por su discapacidad.

5. Se requiere la intervención y la colaboración de los gobiernos, autoridades de salud, médicos especialistas, educadores, medios de comunicación, familias, pacientes y del público en general para corregir esta realidad que a diario viven muchas familias colombianas.

6. Fortalecer el cuidado en la prevención, diagnóstico y tratamiento, para evitar las profundas consecuencias físicas, psicológicas y sociales, que padecen las personas que sufren esta enfermedad.

7. Proteger los derechos fundamentales de las personas con epilepsia para que recobren su dignidad humana, previniendo su deterioro y darle oportunidad de un desarrollo funcional óptimo para que se sientan parte de una sociedad que los comprende.

8. La mujer que sufre epilepsia, antes de quedar embarazada, debe tener conocimiento sobre cuál es el tiempo que debe disponer para suprimir o reemplazar medicamentos a fin de reducir posibles trastornos neonatales.

9. Texto aprobado en primer debate

Con fecha 14 de mayo de 2008, fue aprobado en primer debate el proyecto en mención tal como consta en el Acta número 20 de la misma fecha y publicado en la *Gaceta* número 271 de 2008.

10. Pliego de modificaciones

En cuanto al título se elimina la letra “y” así mismo la palabra “la” quedando así:

“Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral”.

En el artículo primero se propone adicionar un párrafo segundo quedando así:

“Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, el Sistema General de Salud a través de los Organismos competentes, establecerán los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren esta enfermedad.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, las Entidades Territoriales responsables en la atención a la población pobre no asegurada, los regímenes de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención integral a la población que padece de epilepsia en los términos que se definen en el Plan Obligatorio de Salud.

En el artículo 21 se adecua a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, la denominación de las Empresas Promotoras de Salud de ambos regímenes quedando así:

Artículo 21. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, no podrán negar, en ningún caso, la afiliación a salud, riesgos profesionales y pensión a las personas que padezcan epilepsia.

Proposición

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, propongo a la Plenaria del Senado, dar segundo debate al **Proyecto de ley número 028 de 2007 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas”, con su pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate.

Claudia Rodríguez de Castellanos,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de junio año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, el Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate en dieciocho (18) folios, al **Proyecto de ley número 028 de 2007 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas. Proyecto de ley de autoría de los honorables Congresistas.

Alexandra Moreno Pioraquive, Manuel Virgüez y Gloria Stella Díaz.

El Secretario,

Jesús María España Vergara

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMER 028 DE 2007 SENADO

por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto, principios, prohibición e infraestructura y reglamentación

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.

Parágrafo. Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, el Sistema General de Salud a través de los Organismos competentes, establecerán los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren esta enfermedad.

Artículo 2°. *Definiciones*. Para la aplicación de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Epilepsia: Enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga eléctrica excesiva de las **neuronas**, considerada como un trastorno neurológico, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Proceso del Atención Integral: Toda actividad destinada a diagnosticar y atender en forma oportuna, eficaz, continua y permanente, a todos los pacientes con epilepsia, a fin de brindar un tratamiento multi e interdisciplinario, que incluya ayudas diagnósticas invasivas, el servicio médico general, especializado y subespecializado, farmacológico

y/o quirúrgico, el acceso a grupos de apoyo con personal idóneo entrenado en el manejo de problemas del desempeño psiconeurológico; para la adaptación y rehabilitación del paciente.

Como parte fundamental del proceso del manejo integral, se brindará al cuidador o grupo familiar acceso a procesos de capacitación, educación, asesoría y acompañamiento para que pueda asistir al paciente en calidad de primer respondiente.

Sistema armonizado institucional: Es un conjunto de entidades públicas del nivel nacional, departamental, municipal y distrital, organismos e instituciones públicas y privadas, equipos de profesionales competentes que integrarán sus actividades y recursos con el fin de garantizar la accesibilidad a la atención integral continua y de calidad, utilizando mecanismos y sistemas de coordinación.

Prevención: Integración de acciones dirigidas a la detección temprana de la epilepsia, su control para impedir que se produzcan daños físicos, mentales y sensoriales, disminuir la aparición de complicaciones o secuelas que agraven la situación de la salud o el pronóstico del paciente que padece esta patología.

Así mismo incluye la asistencia y apoyo técnico, científico y psicológico al cuidador y grupo familiar como primer respondiente en la atención inicial del paciente con epilepsia, para contribuir de manera eficaz y profesional a su calidad de vida.

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada, con un objetivo definido, dirigido a garantizar que una persona con epilepsia alcance el nivel físico, mental, social y funcional óptimo de acuerdo a su condición.

Accesibilidad: Ausencia de barreras. Generación y continuidad de condiciones de máxima calidad y favorabilidad para que los pacientes con epilepsia reciban los servicios necesarios en el manejo integral de su patología, la capacitación y apoyo al cuidador para su adecuada atención que le permitan incorporarse a su entorno familiar, social y laboral con calidad.

Limitación en la actividad: Dificultad que una persona con epilepsia puede tener en el desempeño o realización de una actividad o empleo.

Artículo 3°. *Prohibición*. Se prohíbe a toda persona natural o jurídica, que realice o propicie cualquier acto discriminatorio, en cualquiera de sus formas, que con ocasión a su enfermedad, se presente contra la persona que padezca de epilepsia.

Artículo 4. *Principios*. Se tendrán como principios rectores de la protección integral de las personas que padecen epilepsia:

Universalidad: El Estado garantizará a todas las personas que padecen epilepsia, el acceso y continuidad en igualdad de condiciones a la atención integral en el marco de las definiciones adoptadas por la presente ley.

Solidaridad: En cumplimiento al principio de solidaridad, la sociedad en general, las organizaciones, instituciones, la familia y demás entes especializados nacionales e internacionales, participarán en acciones conjuntas para prevenir, promover, educar y proteger a todas las personas que padecen epilepsia.

Dignidad: El Gobierno Nacional propiciará ambientes favorables a todas las personas que padezcan epilepsia y a sus familias garantizando un desarrollo armónico permitiéndole su incorporación a la sociedad mediante políticas públicas, estrategias y acciones que logren el respeto y aplicación de los derechos humanos.

Igualdad: El Gobierno Nacional, promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de todas las personas que padezcan epilepsia, para que estas gocen de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación.

Integración. Las autoridades de salud, las organizaciones que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y la sociedad civil, propenderán que en todas las instancias tanto públicas como privadas

en las que se relacione el paciente con epilepsia, reciba trato preferente y con calidad en el marco de los principios rectores de la atención integral, basado en el respeto a los derechos humanos.

CAPITULO II

Crterios para una política pública de atención integral

Artículo 5°. *Directrices de política.* En la formulación, adopción, ejecución, cumplimiento, evaluación y seguimiento de una Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia se tendrán en cuenta los siguientes criterios que en el presente capítulo se disponen, los cuales están bajo la responsabilidad del Ministerio de Protección Social.

Artículo 6°. *Programas Integrales de protección a las personas que padecen epilepsia.* El Ministerio de la Protección Social exigirá a todos los entes e instituciones de salud del país, la implementación de programas integrales de protección a las personas con epilepsia, en los cuales se incluirá un capítulo especial dirigido a la investigación, detección, tratamiento, rehabilitación, registro y seguimiento a la atención médica integral que se debe brindar a las personas que padecen epilepsia, para tal fin el Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo. Las instituciones educativas, centros de investigación, comités de Salud Ocupacional y demás instituciones que tengan que ver con la salud, adoptarán las disposiciones establecidas en la presente ley y sus normas reglamentarias a fin de otorgar a quienes padecen epilepsia y a sus familias acciones acordes para su integración en la sociedad.

Artículo 7°. *Concientización para el trabajo conjunto.* Para el logro de los objetivos de esta Ley, en particular en cumplimiento del principio de solidaridad, las autoridades de salud, implementarán programas de divulgación, concientización y participación ciudadana destinadas a la promoción, educación y prevención a grupos específicos de ciudadanos, tendientes a crear conciencia sobre la enfermedad y alertar sobre la necesidad de proporcionar un tratamiento integral así como garantizar los derechos fundamentales de las personas con epilepsia.

Parágrafo. Las Entidades Territoriales dentro de la autonomía que les otorga la Constitución y la Ley, podrán establecer disposiciones y políticas especiales, tendientes a integrar, proteger, atender y rehabilitar a esta población vulnerable.

Artículo 8°. *Cooperación internacional.* El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de cooperación internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente Ley, así como, para implementar mecanismos que permitan el desarrollo de proyectos estratégicos con otros Estados para promover el tratamiento integral para las personas que padecen epilepsia, para tal fin, se podrá contar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría.

Artículo 9°. *Financiación.* El Gobierno Nacional podrá crear una cuenta con distintas fuentes o aportes: privados, públicos o de recursos de la cooperación internacional para la prevención, investigación, atención médica integral oportuna y permanente, asegurando la disponibilidad de equipamiento moderno, la capacitación del recurso humano involucrado en la atención integral del paciente con epilepsia.

Las personas que no se encuentran afiliadas a uno de los regímenes en el momento del diagnóstico su atención integral quedará a cargo de la Nación, en forma inmediata y efectiva, a través de Ministerio de la Protección Social, entre tanto se define la afiliación del paciente. En caso de incumplimiento o dilación de la prestación del servicio sin justa causa se aplicarán las sanciones pertinentes por parte de las entidades de Vigilancia y Control.

Artículo 10. El Gobierno Nacional, deberá adicionar al manual de medicamentos contemplado en los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, los fármacos que aún no se han incluido y que han sido aprobados por las entidades competen-

tes, cuyo suministro está científicamente comprobado por la medicina basada en la evidencia, proporcionando al paciente una mejor respuesta terapéutica, evitando la polifarmacia y disminuyendo los efectos secundarios.

Artículo 11. **El literal a del artículo 33 de la ley 1122 de 2007 quedará así:** *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definen las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social podrá coordinar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría, estudios de prevalencia de la epilepsia en Colombia, para poder tener claros motivos para la inversión, la investigación y la prevención de la Epilepsia.

Artículo 12. El Gobierno Nacional por intermedio del Ministerio de la Protección Social llevará a cabo las acciones necesarias para darle cumplimiento al objeto de la presente ley, especialmente las que tienen que ver con:

1. Generar la investigación, docencia, información, prevención, educación, promoción, diagnóstico, tratamiento integral, sistemas de vigilancia epidemiológica y salud pública.

2. Dictar las normas que desde el ámbito de su competencia permitan el mejor cumplimiento del objeto de la presente ley.

3. Llevar adelante campañas educativas destinadas a la comunidad en general y a grupos específicos en especial a la familia del paciente.

4. Gestionar la ayuda científica y técnica a las autoridades de salud de las entidades territoriales a fin de elaborar sus programas regionales.

5. Promover la concertación de acuerdos internacionales, para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.

6. Realizar convenios de mutua colaboración en la materia, entre el poder central y las entidades territoriales.

7. Asegurar a los pacientes carentes de recursos económicos, con y sin cobertura médico asistencial, beneficiarios o no del Sisbén 1, 2 y 3; la asistencia médica integral y oportuna, en los términos de la presente ley, así como también, el tratamiento integral de forma gratuita de la medicación requerida y la intervención quirúrgica a las personas que no puedan asumirla por su condición económica.

8. Realizar todas las demás acciones procedentes de lo dispuesto en la presente ley y su reglamentación.

CAPITULO III

Derechos y deberes de las personas con epilepsia

Artículo 13. Las personas con epilepsia, sin distinción alguna, tendrán derecho a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la dignidad Humana y a la Salud.

Artículo 14. La epilepsia no será considerada impedimento para la postulación, el ingreso y desempeño laboral, deportivo o escolar en condiciones dignas y justas.

Parágrafo 1°. El programa de salud ocupacional debe incluir actividades dirigidas a los trabajadores en general y específicamente a las personas con epilepsia, para garantizar la salud, la higiene y la seguridad durante las actividades que estos desempeñen.

Artículo 15. Las personas con epilepsia, sus familiares y las comunidades tienen derecho a estar suficientemente informados acerca de los diferentes aspectos de su padecimiento, a recibir información completa y actualizada, por todos los medios apropiados, de los derechos que los cuentan.

Artículo 16. Las personas con epilepsia estarán protegidas de toda forma de explotación y regulación discriminatoria, abusiva o de naturaleza denigrante.

Artículo 17. Las organizaciones legalmente constituidas de personas con epilepsia podrán ser consultadas sobre los asuntos relacionados con sus derechos y obligaciones; así como sobre los desarrollos normativos que se pretenden realizar.

Artículo 18. El Gobierno Nacional velará porque las personas con epilepsia se integren y puedan participar en las actividades culturales, deportivas y recreativas, en condiciones de igualdad.

Artículo 19. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, asegurará la adecuada formación y capacitación de todo el personal que participa en la planificación y el suministro de servicios y programas a las personas con epilepsia.

Artículo 20. La persona con epilepsia que se rehúse a aceptar el tratamiento ordenado por el médico, no podrá realizar actividades peligrosas que entrañen un riesgo para la sociedad.

Artículo 21. **Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado**, no podrán negar, en ningún caso, la afiliación a salud, riesgos profesionales y pensión a las personas que padezcan epilepsia.

Las instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), desde el segundo nivel, deberán tener los medios para el diagnóstico de la epilepsia, tales como equipos de EEG, laboratorio para Niveles Séricos, Equipos de imágenes y personal capacitado para su diagnóstico y tratamiento. Los Centros de Epilepsia habilitados o acreditados oficialmente, serán instituciones obligatoriamente consultantes para los casos de difícil manejo o intratables médicamente. Los puestos de salud deberán obligatoriamente remitir estos pacientes a los hospitales y centros de epilepsia, después de prestar la primera atención.

Artículo 22. Aquellos jóvenes que tengan epilepsia y dependan económicamente de sus padres tendrán derecho a ser beneficiarios del Sistema de Salud hasta tanto cambie esta condición.

Artículo 23. El Ministerio de la Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación diseñarán un programa especial para capacitar a los médicos generales y al personal docente en la detección temprana de los síntomas que pueden dar lugar a una enfermedad neurológica entre ellas la epilepsia.

CAPITULO IV

Vigilancia y Control

Artículo 24. En caso de violación de las prohibiciones definidas en la presente Ley, las autoridades competentes impondrán las sanciones administrativas, penales o disciplinarias a que haya lugar, sin perjuicio de la responsabilidad que sea imputable por daños originados a la salud física y psicológica de la persona que padece epilepsia y de sus familiares.

Artículo 25. La autoridad de salud de la respectiva jurisdicción, deberá cumplir las funciones propias de prevención, inspección, vigilancia y control para el debido cumplimiento del objeto de la presente ley.

Artículo 26. *Vigilancia Epidemiológica*. El Gobierno Nacional establecerá políticas que garanticen el registro y reporte de los casos de epilepsia a toda entidad, institución o similares que hagan el diagnóstico para establecer estadísticas de control y seguimiento.

Artículo 27. *Reglamentación*. El **Gobierno Nacional** reglamentará el contenido de la presente ley. No obstante, atenderá la protección propuesta en las normas internacionales de derechos humanos y por las organizaciones especializadas, tanto nacionales como internacionales.

Artículo 28. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Claudia Rodríguez de Castellanos,

Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de junio año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, el Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate en dieciocho (18) folios, al **Proyecto de ley número 028 de 2007 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padezcan epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas. Proyecto de ley de autoría de los honorables Congresistas.

Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez y Gloria Stella Díaz.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 060 DE 2007 SENADO

*por la cual se protege la maternidad, el parto digno
y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., junio 6 de 2008

Honorable Senador

MILTON ARLEX RODRIGUEZ

Presidente

Comisión Séptima Senado

E. S. D.

Respetado Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y acatando el reglamento del Congreso relacionado con el trámite de los proyectos de ley, presento ante usted informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 060 de 2007 Senado**, por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Antecedentes del proyecto de ley

Esta iniciativa legislativa fue presentada por el honorable Representante a la Cámara Luis Felipe Barrios y la suscrita, radicada en la Secretaría General de la Cámara de Representantes el día 15 de septiembre de 2007, correspondiéndole el número 060 de 2007 y publicado en la *Gaceta* 367 de 2007.

El informe de ponencia para primer debate fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 452 del 14 de septiembre de 2007, y **aprobado su texto definitivo en sesión ordinaria** de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, el día 27 de mayo de 2008, según Acta número 22.

2. Objeto del proyecto de ley

Asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada, garantizándole una maternidad digna, humana y saludable mediante la buena calidad de atención prenatal, parto, posparto y perinatal, reduciendo la mortalidad materna y logrando un verdadero desarrollo humano.

3. Normativas internacionales

A nivel internacional es importante destacar los derechos consagrados internacionalmente para quien está por nacer, enfatizando en el preámbulo de la misma Declaración de los Derechos del Niño (Proclamada por la Asamblea General en su Resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959, que, el niño debido a su condición mental y física necesita protección y cuidado especial, y una debida protección legal, tanto antes como después de su nacimiento.

De igual manera, se precisan los principios básicos para brindar una protección especial, acceso de oportunidades y servicios en búsqueda de su desarrollo físico, mental, moral, espiritual y socialmente saludable y normal, dentro de condiciones de libertad y dignidad, en donde se atiende el interés superior del niño, principios que se ratifican con nuestra Carta Constitucional.

3.1. Pactos Internacionales

3.1.1. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, frente al tema objeto de la presente iniciativa se destaca el artículo 7°, el cual establece, el no sometimiento a las personas a tratos crueles, inhumanos o degradantes, y de manera especial en materia de experimentos médicos científicos, sin existir el consentimiento previo de la persona, afirmación vinculante que sugiere componentes éticos que deben orientar la práctica médica.

3.1.2. Declaración Americana de los Derechos y deberes del hombre, en su artículo 12, establece el derecho que le asiste a la persona en cuanto a la preservación de su salud 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.

3.1.3. Convención Americana sobre derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), en su artículo 26, determina los compromisos de los Estados parte en cuanto a adoptar decisiones económicas y técnicas que logren de manera progresiva la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, y que fue reformada por el protocolo de Buenos Aires en donde se fija como metas la defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica que hagan posible una vida sana, productiva y digna.

3.2. Objetivos de desarrollo del milenio de la ONU

Las futuras generaciones son el objetivo primordial de los organismos internacionales, es por esto que la salud de las mujeres y los menores de cinco años es tema principal ya que ellos hacen parte de las poblaciones con más alto grado de vulnerabilidad, por lo que dentro de los ocho objetivos planteados por las naciones del mundo para reducir la pobreza en el mundo se tiene como metas importantes:

- Reducir la tasa de mortalidad infantil de niños menores de 5 años, en las dos terceras partes.
- Reducir la tasa de mortalidad materna en las tres cuartas partes.

4. Constitucionalidad

Nuestra normativa Constitucional en su artículo 43 precisa la protección y asistencia especial para la mujer durante el embarazo y después del parto así como el derecho a recibir subsidio alimentario cuando esté desempleada o desamparada.

En igual sentido, frente a la protección especial para los niños el artículo 44, precisa los derechos fundamentales de ellos, lo cual es con-

cordante con la Declaración de los Derechos de los niños establecidos a nivel internacional y que determinan su rango prevalente frente a los demás derechos de otras personas.

5. Situación de las madres y los niños menores de un año

5.1. Mortalidad materna e infantil

En cuanto muertes maternas Colombia en el año 2005, presentó 83.3 muertes por cada cien mil nacidos vivos^{1[1][1]}.

La mortalidad infantil en niños y niñas menores de un año fue de 27,53 y 20.42 respectivamente, en cuanto a menores de 28 días de nacidos 8.1 muertes por cada mil nacidos vivos.

5.2. Fecundidad

La fecundidad en mujeres menores de 20 años, se incrementó al pasar de 85 a 91 nacimientos por mil mujeres en edad fértil.

Una de cada cinco adolescentes ha estado en embarazo, de las cuales:

El 16 por ciento ya son madres y un 4 por ciento está esperando su primer hijo.

5.3. Estado nutricional

La situación nutricional de las adolescentes en nuestro país es alarmante ya que el 51 por ciento de ellas tiene alteraciones nutricionales, las cuales se resumen así:

- El 23 por ciento tiene sobrepeso.

El 21 por ciento tiene bajo peso.

Presentan anemia:

- El 48 por ciento de las gestantes se encuentran con anemia.
- El 33 por ciento de los menores de cinco años.

Carencia de hierro:

- El 30 por ciento de las madres gestantes.

Retardo en el crecimiento:

- 12 por ciento de los niños menores de cinco años en la zona urbana lo presentan.
- 17 por ciento en la zona rural.

6. Acciones previstas por el Gobierno Nacional

Frente al tema que nos ocupa, es importante destacar cómo el Ministerio de la Protección Social en el Documento Conpes 01 de 2005, diseñó acciones tendientes a reducir la mortalidad infantil, entre ellas:

• Señala la vacunación regular que permita el incremento de la cobertura con los biológicos que integran el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

• En cuanto a promoción y prevención de la salud de los menores de cinco años estableció el control de la enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, promoción de la lactancia materna, prevención y atención en desnutrición.

6.1. Metas fijadas por el Gobierno Nacional en el actual Plan Nacional de Desarrollo:

- Mortalidad en menores de cinco años: 17 muertes por cada mil nacidos vivos.
- Mortalidad en menores de un año: 14 muertes por cada mil nacidos vivos.
- Cobertura en vacunación del 95 por ciento.
- Mortalidad materna: Pasar de 714 fallecimientos a 45 por cada cien mil nacidos vivos.
- Controles prenatales, Incrementar en un 90 por ciento el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles.
- Atención institucionalizada y calificada del parto: 95 por ciento.

El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de la Protección Social ha diseñado las siguientes estrategias a fin de mejorar la situación de las madres gestantes y menores, así:

- Incremento de la cobertura de afiliación en Seguridad Social en Salud, a través de la focalización de los subsidios a menores de cinco años, a mujeres gestantes y quienes están en edad fértil.
- Mejorar la calidad de atención para la población materno-infantil.
- Fortalecer la calidad de los servicios obstétricos.
- Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales.
- Garantizar el acceso a la atención prenatal del parto y del puerperio a la población afiliada a salud y la población no asegurada al servicio de salud, con estándares de calidad.
- Impulso de acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad que incidan en las causales de mortalidad.
- Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas^[2].

7. Contenido del proyecto de ley presentado

A continuación se describe la estructura y el contenido del proyecto, el cual consta, el mismo se encontraba distribuido en 4 capítulos, los cuales se ocupan de los siguientes temas:

• CAPITULO I

Objeto de la ley, ámbito de aplicación, principios, derechos y definiciones

• CAPITULO II

Obligaciones del estado, del personal y los sistemas de salud y de la sociedad civil organizada

• CAPITULO III

Disposiciones especiales

• CAPITULO IV

Vigencias y derogatorias

Proposición

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, propongo a la Plenaria del Senado, dar segundo debate al Proyecto de ley número 060 de 2007 Senado, con su pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, *por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones.*

Claudia Rodríguez de Castellanos,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (06) días del mes de junio año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, el Informe de Ponencia para Segundo debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Segundo debate, en quince (15) folios al **Proyecto de ley número 60 de 2007 Senado**, *por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones.* Proyecto de ley de autoría honorables Congresistas *Claudia Yadira Rodríguez Castellanos y Luis Felipe Barrios Barrios.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

PLIEGO DE MODIFICACIONES DEL TEXTO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 060 DE 2007 SENADO

por la cual se protege la maternidad, el parto digno, se modifica el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.

Artículo 2º. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones de la presente ley se aplican, en lo pertinente, a las Empresas Promotoras de Salud

(EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados, **a las Entidades Territoriales responsables de la atención a la población pobre no asegurada**, a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado, **cada uno según el marco legal de sus competencias.**

Artículo 4º. *De los principios.* Para la interpretación y aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta los siguientes principios:

7. Corresponsabilidad. El Estado, la sociedad y la familia, las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (EPS, IPS, ESES) 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, **dentro del marco legal de sus competencias.**

Artículo 5º. *Derechos de la mujer embarazada.* Toda mujer durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio tendrá los siguientes derechos:

k) A que a partir de la 32 semana de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde **se planea la atención del parto**, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución.

s) A que se **prescriban y realicen los** exámenes y medios diagnósticos que se requieran, para garantizar la atención integral de la salud materno fetal, sin tenerse en cuenta el gasto médico predeterminado; **por quienes deban prestar el servicio de salud de conformidad con el marco legal existente.**

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, **de conformidad con las guías de atención y manejo adoptadas por el Ministerio de la Protección Social.**

Artículo 6º. *De los derechos del recién nacido.* Todo recién nacido tiene derecho a:

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 quienes deban prestar el servicio de salud de conformidad con el marco legal existente.**

Artículo 7º. *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:

c) A recibir asesoramiento integral, acorde con el nivel educativo, sobre los cuidados que se deben prodigar al recién nacido, **por parte del personal de salud que tenga a su cargo la prestación del Servicio.**

Parágrafo. De conformidad con las disposiciones contenidas en el párrafo 1º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las **Aseguradoras**, consignaran las novedades referidas a niños con problemas de malformación o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, **según el reporte e información que reciban de los Prestadores del Servicio de Salud, y los lineamientos o especificaciones que al respecto defina el Ministerio de la Protección Social**, 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 9º. *Obligaciones del personal asistencial y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Con el fin de dignificar y humanizar los servicios de atención del embarazo, parto, posparto y puerperio, las entidades aseguradoras y prestadoras de los servicios de salud deberán:

5. Crear espacios dignos, cálidos y humanizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), tanto públicas como privadas, que garanticen la confidencialidad, privacidad y bienestar en la prestación de los servicios de salud materna, a fin de proteger la **unidad materno fetal** y al recién nacido, de conformidad con los estándares de habilitación determinados por el Ministerio de la Protección Social.

7. Garantizar la atención mensual de los controles del estado de embarazo por profesionales idóneos y para los embarazos de alto riesgo, por profesionales especializados de acuerdo **a los protocolos y guías clínicas de manejo definidas por el Ministerio de la Protección Social.**

Artículo 10. Atención prioritaria. Cuando una mujer en embarazo, parto o puerperio solicite atención médica inmediata por considerar que se encuentra en riesgo su salud o vida o la viabilidad del embarazo o la vida del recién nacido, debe recibir los servicios que sean necesarios en forma inmediata y prioritaria para aclarar o confirmar su situación, sin barrera de acceso de tipo administrativo o económico. **Así mismo se le dará las indicaciones de cómo continuar su seguimiento y control una vez se haya definido la posibilidad de continuar la atención de manera ambulatoria.**

Artículo 11. *Obligaciones de la sociedad civil organizada.* En cumplimiento del principio de corresponsabilidad y solidaridad, la sociedad civil representada a través de organizaciones, asociaciones, empresas, gremios, personas naturales o jurídicas deberán:

Se eliminó el numeral 8 ya que el mismo está contenido en el numeral 4.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 060 DE 2007 SENADO

por la cual se protege la maternidad, el parto digno, se modifica el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto de la ley, Ambito de aplicación, principios, derechos y definiciones

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por objeto asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada y del recién nacido, para garantizarle una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, mediante la prestación oportuna, eficiente y de buena calidad de los servicios de atención prenatal, del parto, posparto y perinatal, para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal y lograr un verdadero desarrollo humano de la familia.

Artículo 2°. *Ambito de aplicación.* Las disposiciones de la presente ley se aplican, en lo pertinente, a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados, **a las Entidades Territoriales responsables de la atención a la población pobre no asegurada,** a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado, **cada uno según el marco legal de sus competencias.**

Artículo 3°. *Titulares de derechos.* Para todos los efectos de la presente ley, son titulares de derechos la mujer embarazada, el recién nacido y la familia gestante nacional o extranjera que resida en Colombia, sin ninguna discriminación como núcleo fundamental de la Sociedad.

Artículo 4°. *De los principios.* Para la interpretación y aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta los siguientes principios:

1. La reproducción humana, como condición para el sostenimiento de la vida, es un derecho humano fundamental que debe ser protegido de manera integral por el Estado;

2. La humanización del embarazo y el parto se basan en el respeto y reconocimiento de la dignidad humana;

3. **Libertad Procreativa.** La procreación es un derecho que tiene el hombre y la mujer, en desarrollo de su libre opción a la maternidad y a la paternidad, de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el intervalo entre sus nacimientos.

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

5. La gestación es un proceso que puede tener origen natural o mediante técnicas médicamente asistidas.

6. **Información.** La gestante y su familia recibirán la información integral, pertinente y oportuna sobre el proceso del embarazo, sus posibles riesgos, complicaciones y consecuencias.

7. **Corresponsabilidad.** El Estado, la sociedad y la familia, las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (EPS, IPS, ESES) 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, **dentro del marco legal de sus competencias**

8. Cualquier forma de violencia durante la atención del embarazo, el parto o el puerperio a la mujer gestante, al recién nacido o a su familia, se considerará violatoria de los derechos humanos.

9. **Integralidad.** Conjunto de políticas, planes, acciones y programas tendientes a proteger, promover, restaurar y garantizar los derechos de la gestante y del recién nacido.

Artículo 5. 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 la 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 y el parto que sean más convenientes y saludables a la unidad materno-fetal;

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 planea la atención** del parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución.

k) Donde no haya condiciones para la atención del parto institucional, debe garantizarse la asistencia domiciliar por profesional de la salud o experto comunitario.

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 que en caso de detectarse alguna malformación del feto, la madre bajo la asistencia médica podrá solicitar se proceda a realizar las valoraciones y procedimientos especializados para proteger la salud de la unidad materno fetal;

p) A tener un tratamiento preferencial en la prestación de los servicios de atención de la salud materno fetal, en las empresas prestadoras de servicios públicas o privadas;

q) A obtener copia de su historia clínica cuando la solicite;

r) A tener subsidio alimentario cuando esté desempleada o en estado de vulnerabilidad manifiesta;

s) A que se **prescriban y realicen los** exámenes y medios diagnósticos que se requieran, para garantizar la atención integral de la salud materno fetal, sin tenerse en cuenta el gasto médico predeterminado; **por quienes deban prestar el servicio de salud de conformidad con el marco legal existente.**

t) 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.

u) 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 unidad materno fetal.

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, **de conformidad con las guías de atención y manejo adoptadas por el Ministerio de la Protección Social.**

Artículo 6°. *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 quienes deban prestar el servicio de salud de conformidad con el marco legal existente.**

c) A que se corte su cordón umbilical hasta que cese de latir, siempre y cuando no exista contraindicación médica para pinzar y cortar antes de que el cordón deje de pulsar.

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 ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. 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 2°. 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 7°. *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, **por parte del personal de salud que tenga a su cargo la prestación del Servicio.**

Parágrafo. De conformidad con las disposiciones contenidas en el parágrafo primero del artículo 44 de la ley 1122 de 2007, las **Aseguradoras**, consignaran las novedades referidas a niños con problemas de malformación o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, **según el reporte e información que reciban de los Prestadores del Servicio de Salud, y los lineamientos o especificaciones que al respecto defina el Ministerio de la Protección Social**, 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.

CAPITULO II

Obligaciones del Estado, del Sistema de Seguridad Social en Salud, del personal asistencial y de la sociedad civil organizada

Artículo 8°. *De las obligaciones del Estado.* El Estado en cumplimiento de su obligación de garantizar el derecho a la salud materna y de conformidad con sus funciones y competencias a nivel nacional, territorial y local deberá:

1. Garantizar el acceso, la atención integral, oportuna, eficaz y con calidad en la prestación de los servicios en salud a las mujeres en estado de embarazo de alto riesgo, adolescentes, en edad avanzada, con embarazo múltiple, portadoras de VIH/SIDA, en situación de pobreza extrema y mujeres afectadas por cualquier forma de violencia.

2. Promover la participación activa de las organizaciones de mujeres en el diseño, seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas de prevención de la morbi-mortalidad materna y de promoción de la maternidad segura y sin riesgos, a través de la creación de los Comités de Prevención y Promoción;

3. Garantizar la atención integral con calidad del embarazo, el parto y el puerperio sin ningún tipo de discriminación.

4. Incentivar la investigación científica para el mejoramiento en la calidad de atención integral a la mujer embarazada, teniendo en cuenta su diversidad étnica, cultural y territorial, de tal manera que el Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incorpore en sus protocolos y guías técnicas de atención, prácticas culturales que faciliten mayor bienestar y seguridad a las mujeres durante el parto;

5. Facilitar a las mujeres embarazadas, los mecanismos de tramitación de sus quejas o denuncias por violaciones a los beneficios otorgados por la presente ley, contra las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de atención en salud, que no les brinden un tratamiento humano, de calidad y en forma oportuna y eficaz, para lo cual podrán acudir a las Comisarías de Familia, a los Centros de Atención a la Comunidad, a las Oficinas de Control Interno de las entidades de Seguridad Social, a las Direcciones de las Secretarías de Salud Departamental, Distrital o Municipal, a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de la Protección Social, a la Procuraduría General de la Nación, a la Defensoría del Pueblo o las Personerías Municipales;

6. Propender por la reducción de las desigualdades sociales y económicas que afecten a las mujeres embarazadas mediante la implementación de políticas públicas que garanticen la consecución de ingresos dignos, trabajos decentes y estables, y le otorgará subsidio alimentario si durante el embarazo o después del parto, estuviere desempleada, en situación de pobreza extrema o en situación de desplazamiento forzado interno.

7. El Estado adoptará las medidas conducentes a la prevención y disminución de los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal, como una garantía para el ejercicio de una maternidad saludable, segura y sin riesgos, en cumplimiento de los objetivos del milenio.

Artículo 9°. *Obligaciones del personal asistencial y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Con el fin de dignificar y humanizar los servicios de atención del embarazo, parto, posparto y puerperio, las entidades aseguradoras y prestadoras de los servicios de salud deberán:

1. Capacitar al personal asistencial y a los profesionales de la salud, en la atención integral a la mujer gestante y al recién nacido, en relación con el cuidado de sus rutinas diarias, las cuales deben ser respetuosas de los derechos de la mujer y del niño, expertas y dispuestas a acompañar el proceso normal, natural, espontáneo, fisiológico y humano de la maternidad, sin intervenir de manera innecesaria, a fin de prevenir cualquier forma de violencia física, verbal o psicológica.

2. Propender por la autocritica y la autorregulación en la prestación de servicios de atención de la salud materna, para el mejoramiento continuo de los mismos, teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas por las usuarias y sus familiares;

3. Evaluar la tecnología aplicada en ginecoobstetricia y perinatología, con el mayor rigor al momento de incorporarla en la atención de la mujer embarazada o del recién nacido, la que deberá basarse en estudios que certifiquen la eficiencia, eficacia y seguridad en su adopción;

4. Implementar acciones tendientes a mejorar la calidad en la atención integral del embarazo, del parto y el puerperio, a fin de disminuir los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal.

5. Crear espacios dignos, cálidos y humanizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), tanto públicas como privadas, que garanticen la confidencialidad, privacidad y bienestar en la prestación de los servicios de salud materna, a fin de proteger la **unidad materno fetal** y al recién nacido, de conformidad con los estándares de habilitación determinados por el Ministerio de la Protección Social.

6. Brindar el ambiente propicio y suministrar la información clara y acorde a la educación y cultura de los futuros padres, a fin de que puedan tomar decisiones informadas acerca de los procedimientos utilizados en la prestación de los servicios de atención de la salud materna, que puedan afectar a la gestante o al recién nacido.

7. Garantizar la atención mensual de los controles del estado de embarazo por profesionales idóneos y para los embarazos de alto

riesgo, por profesionales especializados de acuerdo **a los protocolos y guías clínicas de manejo definidas por el Ministerio de la Protección Social.**

Artículo 10. *Atención Prioritaria.* Cuando una mujer en embarazo, parto o puerperio solicite atención médica inmediata por considerar que se encuentra en riesgo su salud o vida o la viabilidad del embarazo o la vida del recién nacido, debe recibir los servicios que sean necesarios en forma inmediata y prioritaria para aclarar o confirmar su situación, sin barrera de acceso de tipo administrativo o económico. **Así mismo se le dará las indicaciones de cómo continuar su seguimiento y control una vez se haya definido la posibilidad de continuar la atención de manera ambulatoria.**

Parágrafo 1°. Si se confirma por parte del médico la situación de urgencia vital, por estar en riesgo la salud y la vida de la gestante, la viabilidad del embarazo o la salud y la vida del recién nacido, debe continuarse la atención adecuada conforme a las normas respectivas, sin periodos de espera ni exigencias de tipo económico o administrativo, aun si el prestador de servicios no tiene contrato con la persona o entidad responsable del pago o con la EPS.

Parágrafo 2°. Si se determina por parte del médico que no existe urgencia vital ni riesgo inminente para la vida o la salud de la mujer en embarazo, parto, puerperio o del recién nacido, la usuaria debe ser adecuadamente orientada y remitida al servicio que su estado o el del hijo recién nacido requiera, con la celeridad que el riesgo exija según las normas técnicas vigentes.

Artículo 11. *Obligaciones de la sociedad civil organizada.* En cumplimiento del principio de corresponsabilidad y solidaridad, la sociedad civil representada a través de organizaciones, asociaciones, empresas, gremios, personas naturales o jurídicas deberán:

1. Conocer las disposiciones establecidas en la presente ley.

2. Generar acciones que promuevan y protejan los derechos de la mujer embarazada o lactante y del recién nacido;

3. Denunciar las acciones, hechos u omisiones que atenten contra los derechos de la mujer en estado de embarazo y del recién nacido.

4. 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.

5. Implementar servicios accesibles y de buena calidad a las familias, especialmente jóvenes, que les permita informarse la realización de una maternidad y paternidad responsable, saludable, deseada y sin riesgos.

6. Participar en la creación de políticas públicas con enfoque de género que promuevan la maternidad y la paternidad como la libre opción de la mujer y del hombre a procrearse, para lo cual el Estado y la Sociedad les brindará todas las garantías.

7. Participar en el seguimiento a los comités de prevención y Vigilancia de la morbi- mortalidad materna a nivel territorial.

CAPITULO III

Disposiciones especiales

Artículo 12. *Asistencia especial.* El Estado 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.

Artículo 13. *Promoción del parto natural.* El Ministerio de Comunicaciones, la Comisión Nacional de Televisión y el Ministerio de la 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 14. *Labores o trabajos riesgosos para la salud materna.* Los empleadores deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar a las trabajadoras en estado de embarazo o lactancia, el desempeño de trabajos acordes con su condición, con el fin de evitar perjuicios en la salud de la unidad materno fetal o del recién nacido.

Parágrafo. Estas medidas estarán contempladas de manera específica en el reglamento interno de trabajo, que la unidad de inspección, vigilancia y control de trabajo del Ministerio de la Protección Social considerará como requisito *sine quanon* para su aprobación.

Artículo 15. **Licencia por maternidad.** Modifíquese el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo el cual quedará así:

A partir de la vigencia de la presente ley, toda trabajadora en estado de embarazo, tiene derecho a una licencia por maternidad de catorce (14) semanas, que podrá ser tomada por la madre una semana antes de su fecha probable de parto, previa certificación del médico tratante de la EPS a que se encuentre afiliada.

Parágrafo. De esta licencia igualmente gozará la madre o el padre adoptante, de conformidad con el Convenio 183 de la OIT de 2000, que trata de la protección a la maternidad.

Artículo 16. *Permisos especiales.* Los empleadores deberán otorgar permisos especiales a las mujeres embarazadas, para que asistan a los controles médicos prenatales necesarios.

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 la Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación, adelantará las gestiones pertinentes ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la entidad que haga sus veces para efectos de los ajustes 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.

CAPITULO IV

Vigencias y derogatorias

Artículo 18. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Claudia Rodríguez de Castellanos,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de junio año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, el Informe de Ponencia para Segundo debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Segundo debate, en quince (15) folios al **Proyecto de ley número 60 de 2007 Senado, por el cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones.** Proyecto de ley de autoría honorables Congresistas *Claudia Yadira Rodríguez Castellanos y Luis Felipe Barrios Barrios.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

C O N T E N I D O

| | |
|---|-------|
| Gaceta número 337 - Lunes 9 de junio de 2008 | |
| SENADO DE LA REPUBLICA | |
| PONENCIAS | |
| | Págs. |
| Ponencia para primer debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 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. | 1 |
| Informe de ponencia para segundo debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 28 de 2007 Senado, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas. | 5 |
| Informe de ponencia para segundo debate, Pliego de modificaciones y Texto propuesto al Proyecto de ley número 060 de 2007 Senado, por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones. | 10 |