



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVII - N° 866

Bogotá, D. C., viernes, 19 de octubre de 2018

EDICIÓN DE 34 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 064 DE 2018 CÁMARA

por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 11 de 2018

Señor

JAIRO GIOVANY CRISTANCHO

Presidente

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad


Referencia: Informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de ley número 064 de 2018 Cámara, por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Respetado doctor Cristancho:

En cumplimiento a la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, me permito rendir ponencia positiva para primer debate al Proyecto de ley número 064 de 2018 Cámara, por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones en los términos que se describen en el documento adjunto.

Atentamente,


FABIÁN DÍAZ PLATA
Representante a la Cámara
Departamento de Santander


Jorge A. Gómez G.
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia

1. SÍNTESIS DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley tiene como objetivo fortalecer la cultura ciudadana para la convivencia y la construcción de una sociedad de la no violencia, que respete la vida e integridad de los seres sintientes, eliminando las prácticas taurinas como una expresión de maltrato, crueldad y violencia en espectáculos públicos.

2. TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Congresional

Antecedente: busca continuar y finalizar el debate que se realizó en el Congreso de la República con el Proyecto de ley número 271 de 2017 Cámara y 216 de 2018 Senado, que tras la realización de múltiples audiencias públicas no alcanzó el tiempo suficiente para agotar su último debate en el Senado de la República.

Autores de la iniciativa: honorable Representante Juan Carlos Lozada Vargas, honorable Representante Katherine Miranda Peña, honorable Representante Hernando José Padauí Álvarez, honorable Representante Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, honorable Representante Alejandro Alberto Vega Pérez, honorable Representante Julián Peinado Ramírez, honorable Representante Nilton Córdoba Manyoma, honorable Representante Harry Giovanni González García, honorable Representante Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán, honorable Representante Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, honorable Representante John Jairo Roldán Avendaño, honorable Representante Carlos Germán Navas Talero, honorable Representante José Daniel López Jiménez, honorable Representante Inti Raúl Asprilla Reyes, honorable Representante Germán Alcides Blanco Álvarez, honorable Representante Juan Carlos Wills Ospina, honorable Representante Flora Perdomo

Andrade, honorable Representante *Crisanto Pisso Mazabuel*, honorable Representante *María José Pizarro Rodríguez*, honorable Representante *Carlos Adolfo Ardila Espinosa*; honorable Senadora *Nadia Georgette Blel*, honorable Senador *Richard Alfonso Aguilar*.

Proyecto publicado: *Gaceta del Congreso* número 667 de 2018.

3. COMPETENCIA Y ASIGNACIÓN

Conforme a lo expresado en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, el día 15 de agosto fui designada ponente en primer debate del Proyecto de ley número 064 de 2018, *por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*.

Artículo 114. Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.

El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes (...)

Artículo 150. *Corresponde al Congreso hacer las leyes*. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes

4. IMPORTANCIA DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley se sitúa en la interpretación legislativa de una demanda ciudadana, que refleja cambios en la cultura y nuevas sensibilidades frente a un tema sensible como lo es el maltrato animal; cuyo interés creciente en la población ha llevado a la promoción de diferentes iniciativas legislativas que buscan extender la esfera de protección jurídica más allá de lo estrictamente humano. Es así como han ido emergiendo en la última década del siglo XX ordenamientos que conciben la necesidad de cobijar a la naturaleza al interior de un marco normativo que le comprenda en íntima interacción con el ser humano.

Así como lo indica en su objetivo la búsqueda de la construcción de una sociedad más pacífica a través de la prohibición de prácticas crueles, que no reproduzcan la violencia como forma de entretenimiento y que permitan una educación de la empatía y respeto con las diferentes especies como garantía de una educación para la vida en sociedad. Pasa por replantear prácticas que bajo la tergiversación de lo cultural como valor absoluto han ayudado a profundizar en la sociedad prácticas que asumen como válido el impartir sufrimiento a otras criaturas para la diversión.

Ni siquiera bajo el ropaje de cultura estos espectáculos crueles pueden entenderse como un principio con capacidad de oponerse a valores axiales de nuestra Constitución, la cultura es característicamente dinámica se adapta debe adaptar a nuevos requerimientos de la sociedad, así como se replanteo la esclavitud, así como

se replantea la superioridad del hombre en la normatividad, las prácticas culturales no son inmunes a la regulación del ordenamiento jurídico. Difícilmente hoy alguien sustentaría que la disposición del Código Civil que consagraba que: “la administración de los bienes de la mujer casada le corresponde al marido”, es constitucional o si quiera que sea una disposición socialmente aceptable, a pesar de haberlo sido durante mucho tiempo.

La cultura es susceptible de ser revaluada, transformada, y regulada en esa medida los espectáculos crueles no son una práctica cobijada constitucionalmente y están sometidos a la deliberación como cualquier otra práctica social y con mayor razón cuando este tipo de prácticas tienen la capacidad de producir afectaciones como se reconoce a través de diferentes herramientas internacionales. Es así como se ha dicho frente a los principales sujetos de especial protección; lo niños ha dicho la Organización de Naciones Unidas, en su informe de observaciones para Colombia del 4 de febrero de 2015, entre otras medidas, proteger a los niños y niñas de la violencia de la tauromaquia, aspectos que deben ser tenidos en cuenta en el país, señalando de manera puntual:

“Apartado D. Violencia en contra de los niños (artículos 19, 24, párr. 3, 28, párr. 2, 34, 37 (a) y 39)

Libertad de los niños contra toda forma de violencia

27. El Comité está profundamente preocupado por los altos niveles de violencia al que se enfrentan los niños, y en particular, sobre: (...)

f) El bienestar físico y mental de los niños que participan en la formación/entrenamiento de la tauromaquia, y las actuaciones asociadas a ella, así como el bienestar mental y emocional de los niños espectadores que están expuestos a la violencia de la tauromaquia¹.

28. A la luz de la Observación General número 13 (2011) sobre el “Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” y recordando las recomendaciones del estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia en contra de los niños de 2006 (A/61/299), el Comité insta al Estado Parte a dar prioridad a la eliminación de todas las formas de violencia en contra de los niños, y en particular a: (...)

¹ United Nations. Convention on the Rights of the Child. CRC/C/COL/CO/4-5. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Colombia, adopted by the Committee at its sixty-eighth session (12-30 January 2015).

- i) Con el objetivo de prohibir la participación de los niños en la tauromaquia, incluyendo las corralesas, tome las medidas legislativas y administrativas necesarias con el fin de proteger a todos los niños que participan en la formación/entrenamiento y actuaciones en la tauromaquia, así como en su condición de espectadores, y a sensibilizar sobre la violencia física y mental asociada a la tauromaquia y su impacto en los niños.

H. Medidas de protección especial (artículos 22, 30, 32-33, 36, 37 (b)-(d), 38, 39 y 40))

E incluso con relación a la prohibición de la explotación económica, incluido el trabajo infantil ha formulado dentro de las recomendaciones una especialmente dirigida a la existencia de un riesgo de vulneración moral, en el escenario de exposición a estas prácticas crueles. En este sentido apunta el comité: “El Comité toma nota de las medidas jurídicas y normativas adoptadas por el Estado parte para proteger a los niños de la explotación económica. Sin embargo, está preocupado por el elevado número de niños involucrados en el trabajo infantil. En particular, sigue profundamente preocupado por la participación persistente de niños en trabajos peligrosos y/o degradantes, como las labores agrícolas en los cultivos ilícitos, el narcotráfico, la minería ilegal y la tauromaquia”².

Así mismo las Plazas de Toros, como ha sucedido en muchas partes del mundo, se pueden convertir en epicentros de prácticas circenses, comerciales y sociales. Una Plaza de estas es el espacio ideal para una galería comercial, que puede ser administrada por quienes antes vivían de las corridas de toros, con la diferencia que con este nuevo eje económico sí tendrían estabilidad laboral con todas las garantías que todo ciudadano debe tener. Son numerosos los ejemplos de reconversión de plazas de toros en otro tipo de espacios para fines diferentes a la explotación animal: La plaza de toros de las arenas en Barcelona (España), es un centro comercial, la antigua Plaza de Toros en Zacatecas (México) es ahora un hotel, en Caracas (Venezuela), su plaza de toros se convirtió en el nuevo circo de Caracas, escenario para el arte y la cultura. Finalmente, en Colombia la plaza de Santamaría fue durante cinco años escenario para espectáculos artísticos, deportivos y culturales. El último ejemplo lo ofrece la población de Toledo en Norte de Santander, cuya plaza de toros será convertida en Coso municipal destinado a la atención y el bienestar animal.

Es importante destacar que las prácticas crueles no son un derecho amparado por la Constitución y mucho menos absoluto y segundo que no se trata de una minoría constitucional, puesto que los taurinos pese a ser una minoría numérica, no se enmarcan dentro de las minorías constitucionalmente

protegidas, para estar allí, sus miembros deben haber sufrido una continuada opresión histórica estructural y sistemática, que les haya marginado de la posibilidad de participación democrática y que haya afectado además sus derechos fundamentales. En esta medida debemos resolver la confusión sobre minoría numérica aficionada y minorías constitucionalmente protegidas.

También resaltar que este proyecto no busca conceder derechos a los animales, ni busca cambiar prácticas de consumo, este proyecto recae sobre nuestra responsabilidad con la naturaleza y la construcción de sociedades justas y compasivas, dentro de la protección de generaciones futuras y la proscripción paulatina de la violencia como abuso de una condición prevalida sobre los menos capaces de defenderse. El hecho de que otros animales sean víctimas de maltrato y crueldad no es un argumento válido o justificativo, para contener el avance del derecho en ámbitos donde el sufrimiento producido a los animales ya es considerado innecesario³.

ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes destacan los relacionados con los insumos producidos desde las mesas de trabajo realizadas en el marco del proyecto de ley anterior, radicado por el Ministerio del Interior, hasta el sector que representa a los defensores de animales, se manifestó la necesidad de desarrollar un plan para apoyar laboralmente a quienes comprueben que su estabilidad económica depende únicamente de la actividad taurina, como una mecanismo efectivo y concreto de sustitución y reconversión laboral, emulando ejemplos exitosos como el de las familias que vivían de los vehículos de tracción animal, desarrollados en ciudades como Medellín, Manizales, Cali y Bogotá, entre otras.

Este proceso de sustitución laboral es fundamental para cerrar la brecha social que impacta en Colombia, dado que tradicionalmente quienes trabajan en el sector taurino, carecen de plenas garantías laborales como las debe tener cualquier trabajador formal, máxime cuando es un trabajo con un alto riesgo a la integridad física. Es común ver las quejas del sector de los toreros, banderilleros, mozos de espadas, etc., por el abandono en cuestiones sociales, de salud y pensionales en el que se encuentran.

La abolición del toreo da pie a crear nuevas economías creativas y alternativas, donde se mantenga la historia de la tauromaquia por medio de la museología, la gastronomía, la música y otras expresiones, sin tapan el contenido estético que para algunos pueda tener, ni mucho menos olvidarlo como inspiración a numerosas piezas del arte.

² Tomado de la exposición de motivos Proyecto de ley número 064 de 2018 Cámara.

³ Padilla Andrea, audiencia pública Cámara de Representantes Comisión Séptima, 26/09/2018.

En especial si se tiene en cuenta que no es cierto que las corridas de toros, las novilladas y el rejoneo sean un sector pujante de la economía nacional, cuando lo que ponen de manifiesto sus propias afirmaciones, y las apreciaciones regionales es el descenso continuo de la afición, cancelación creciente de espectáculos por baja afluencia y pérdidas económicas, para el caso de Bogotá que se considera una gran plaza, la compra de entradas para la temporada taurina decayó de 68.000 entradas a 28.000 entradas, lo que pone de manifiesto un sector empresarial decadente, con baja intensidad en consumo de mano de obra e insumos, donde los matadores; imprescindibles para la práctica con relación a la cifra de festejos no logra participar en más de una corrida al año, de lo cual no podemos concluir que logre siquiera subsistir a través de esta actividad. Incluso para el caso de la venta de toros para fiestas crueles para el caso español se ha evidenciado que en los últimos cuatro años el 77% de las ganaderías no han vendido toros para este tipo de espectáculos, y de quienes lo han hecho no han puesto más de 6 toros por festejos. Esto evidencia un sector en agonía económica a tiempo de reinventarse, y por qué no de hacerlo de mano del Estado en el marco de la extinción de una práctica cruel.

5. ALCANCE DEL PROYECTO DE LEY

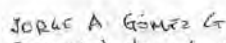
El presente proyecto de ley tiene dos objetivos fundamentales: 1) fijar en todo el territorio nacional, la prohibición progresiva y general de prácticas taurinas 2) fijar posibilidades de reconversión productiva para las personas que se dedican a la tauromaquia.

PROPOSICIÓN

De acuerdo con las consideraciones anteriores, se propone a la Honorable Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de ley número 064 de 2018 Cámara, por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Cordialmente,


FABIÁN DÍAZ PLATA
 Representante a la Cámara
 Departamento de Santander


JORGE A. GÓMEZ G.
 Representante a la Cámara
 Departamento de Antioquia

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 064
 DE 2018 CÁMARA**

por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La presente ley tiene como objetivo fortalecer la cultura ciudadana para la convivencia y la construcción de una sociedad de la no violencia, que respete la vida e integridad de los seres sintientes, eliminando las prácticas taurinas como una expresión de maltrato, crueldad y violencia en espectáculos públicos.

Artículo 2°. **Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en la presente ley serán aplicables a las prácticas de rejoneo, corridas de toros, novilladas, becerradas y tientas.

Artículo 3°. Deróguese la Ley 916 de 2004 Reglamento Nacional Taurino.

Artículo 4°. *Plan General para la eliminación de las Prácticas Taurinas en el Territorio Nacional.* El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio del Interior y con el apoyo de los Ministerios de Trabajo, Comercio, Industria y Turismo, Cultura y Ambiente, en el marco de sus competencias, tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley para formular y ejecutar el Plan General para la eliminación de las Prácticas Taurinas en el Territorio Nacional, el cual contendrá:

- a) Medidas de adaptación laboral y reconversión productiva que garanticen a las personas que se dediquen a las actividades económicas relacionadas con las prácticas taurinas la continuidad del derecho al trabajo;
- b) La promoción de nuevas actividades económicas y culturales en las regiones;
- c) La creación de espacios con sentido cultural, ambiental y reconocimiento de las condiciones de bienestar animal, dirigidos al aprovechamiento y conservación de las especies genéticamente modificadas con ocasión a las prácticas taurinas.

Parágrafo 1°. El Sena diseñará, promoverá y desarrollará, en el marco de sus competencias, la realización de programas de formación, capacitación, fortalecimiento empresarial de actividades diferentes a las taurinas, dirigidas a las regiones en donde la eliminación genere impacto económico.

Parágrafo 2°. En el marco del Plan General, la eliminación de las prácticas taurinas tendrá aplicación diferencial y progresiva en aquellas entidades territoriales en donde sea una manifestación de tradición regular, periódica e ininterrumpida y su prohibición genere impacto económico en la población, para ello se garantizará el principio de participación ciudadana. En todo caso, la implementación del Plan General para la eliminación de las Prácticas Anti taurinas en el Territorio Nacional deberá ejecutarse en su totalidad en el plazo máximo de un año a partir de la entrada en vigencia la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congressistas,


FABIÁN DÍAZ PLATA
 Representante a la Cámara
 Departamento de Santander


JORGE ALBERTO GÓMEZ GALLEGO
 Representante a la Cámara
 Departamento de Antioquia

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA

“por medio de la cual se garantizan los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de Parto Humanizado”.

I. SOBRE EL PARTO HUMANIZADO

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

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

Esta propuesta se fundamenta en aspectos ya reglamentados en Colombia, como la Ley Estatutaria número 1751 (2015) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2012), los lineamientos del Ministerio de Salud de Colombia relacionados con la calidad y la humanización en la atención en salud (2015, 2018).

Según la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Colombia (2003), la salud sexual y reproductiva se comprende como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”. **Desde esta perspectiva los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos**¹.

Dicha perspectiva se ratifica desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2012) que en su “dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”, plantea desde el componente

“Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” los objetivos de “Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del posparto, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud”.²

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

En el Plan Decenal de Salud Pública se promueve igualmente la “**Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud**” la cual “implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio”. Así mismo es relevante fomentar el “empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos”. Por último, se requiere fortalecer las instituciones y el “desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer” durante el proceso de gestación, parto y posparto³

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015) la humanización es una dimensión fundamental para mejorar la calidad en la atención en salud. En este sentido se define humanización como “la condición esencial que garantiza que los servicios de detección temprana y protección específica dados a las mujeres gestantes” se fundamenten en el “respeto a la

¹ Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá Ministerio de Salud de Colombia; 2003.

² Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012.

³ Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia 2012.

dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y **todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible**”⁴

Según el LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) se reconoce a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias. Por ello insta a los prestadores de los servicios de salud para que no incurran en conductas que configuren violencia contra la mujer, “ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación” y centra sus lineamientos en organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias⁵

Según la Ley Estatutaria de la Salud 1751 (2015) el derecho a la salud es un derecho fundamental por lo cual el Estado tiene el deber de adoptar medidas políticas para “asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso” a las actividades realizadas en los servicios de salud. Lo anterior implica cumplir con el mandato constitucional sobre la prestación de un servicio de salud público “esencial obligatorio, que se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”⁶.

La garantía del Derecho a la Salud en el marco de las consideraciones objeto de este proyecto, parte de comprender que la gestación, parto y posparto son considerados como eventos de transición del estatus social de la mujer (Truissi, Argpte, Bejarano, Cárdenas y Rodríguez, 2004)⁷; proceso en el que se evidencia una sobrecarga

emocional sobre la psiquis materna en estos periodos (Piccinini, de Cássia, Schneider y Marín, 2009)⁸.

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

Los cambios generados en estos procesos atraviesan la sexualidad, de hecho la gestación, el parto y el posparto son considerados como eventos que hacen parte de ella (Salim et. al., 2010)¹². El miedo primal en relación al parto, el desconocimiento y la sobredimensión otorgada al dolor en el parto influyen directamente en la forma como se experimenta el proceso perinatal (Tabek, 2014)¹³.

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

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el “parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés”, sin embargo, “en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas

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

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

⁶ El Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Derecho fundamental a la salud. Congreso de Colombia.

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

Universidad Pontificia Bolivariana. Artículo Segundo de la Res

⁸ Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marín A., (2009). Expectativas e Sentimientos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. *Aletheia*, 57-72

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

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

¹¹ Piccinini C., de Cássia R., Schneider T., Marín A., (2009). Expectativas e Sentimientos de mães Solteiras sobre a Experiência do parto. *Aletheia*, 57-72.

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

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

prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos”¹⁴.

Es más humana la atención del parto si se le pide la opinión a la mujer en trabajo de parto en los aspectos que no interfieran en la calidad técnica de la atención como el uso de medicamentos, la adopción obligatoria de una posición, o la participación de algún familiar, así se modificaría la “cosificación” de la mujer en manos del personal que le atiende (Darras y Jiménez, 1992)¹⁵; se ha encontrado que el apoyo emocional y físico reduce significativamente la duración del parto y disminuye la necesidad de intervención médica e instrumentalizada generando un impacto positivo en el posparto por cuenta de la disminución de los síntomas asociados a depresión, el aumento de los niveles de autoestima, el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y una sensibilidad intensificada por parte de la madre hacia las necesidades de su bebé (Scott, Klaus y Klaus, 1999)¹⁶.

En ese sentido la Organización Mundial de la Salud, (2015¹⁷, 2018¹⁸) usando la investigación científica y las prácticas en salud basadas en evidencia (recomendaciones GRADE), estipula que existen prácticas medicalizadas que no muestran evidencia científica y que afectan los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres en embarazo, parto y posparto. Cuando la salud de la mujer y la del feto o recién nacido no están comprometidas, estas prácticas institucionales no están recomendadas:

- Negar el movimiento de la mujer en el trabajo de parto y limitar este trabajo a la cama.
- Usar la monitoria fetal de manera permanente sin diagnóstico de enfermedad en el feto.
- No ofrecer alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.
- No ofrecer la posibilidad de acompañamiento por una persona elegida por la mujer.
- Realizar inducción artificial del trabajo de parto.
- Colocar analgesia peridural cuando la mujer no la ha solicitado por dolor.
- Realizar rotura de membranas uterinas de manera artificial (amniotomía).
- Realizar episiotomía rutinaria.
- Parto en posición horizontal o de litotomía sin facilitar las necesidades de la mujer en este momento.
- Limitar los tiempos naturales del trabajo de parto cuando la mujer y el feto presenten una adecuada salud.
- Hacer tactos vaginales de rutina por horarios pre establecidos y sin el consentimiento de la mujer.
- Presión física por parte del personal de salud en el fondo del útero (maniobra de Kristeller).
- Controlar, dirigir, presionar el pujo de la mujer en la fase expulsiva del parto, sobre todo cuando ella no tiene anestesia peridural, ignorando el proceso fisiológico en este momento.
- Usar fórceps solo por profilaxis o prevención.
- Después del nacimiento cortar inmediatamente el cordón umbilical sin esperar a que deje de pulsar lo cual afecta la salud del recién nacido.
- Separar a la mujer del recién nacido después del nacimiento ignorando la importancia del contacto piel contra piel y la lactancia materna temprana en la primera hora de vida.
- Dar fórmula láctea al recién nacido cuando no sea necesario médicamente y sin el consentimiento de la mujer.

La mayoría de las anteriores prácticas medicalizadas se continúan realizando en Colombia como lo muestran varias investigaciones realizadas en nuestro país desde diferentes ámbitos académicos y científicos. Entre ellos vale la pena resaltar los trabajos realizados por la Maestría en Estudios de Género y Estudios Interculturales de la Universidad Nacional¹⁹, la Facultad de Ciencias

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

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

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

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

¹⁸ OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: OMS; 2015.

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

Sociales de la Universidad Javeriana²⁰ la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca²¹ y la Facultad de Enfermería²² y el Posgrado de Obstetricia de la Universidad de Antioquia²³.

Esta problemática evidencia igualmente tensiones en las relaciones de las mujeres gestantes y en trabajo de parto con las instituciones y los agentes de salud, lo que visibiliza situaciones de maltrato emocional y abuso de medicalización en ciudades como Bogotá y Cartagena²⁴, así mismo, se evidencia insatisfacción de las mujeres que hicieron parte de estas investigaciones a causa de los efectos de estas experiencias, sobre su salud o la de sus hijos recién nacidos.

En Colombia se ha evidenciado una excesiva medicalización y patologización de los embarazos y los partos, que va en aumento en el país. Según cifras del DANE²⁵, en el año 2016, la cesárea alcanzó el 45% de los nacimientos en todo el territorio nacional. En los departamentos de Atlántico (68%), Bolívar (60%), Cesar (59%), Córdoba (67%), La Guajira (50%), Magdalena (64%), Nariño (52%), Norte de Santander (53%), Santander (53%), Sucre (73%) y San Andrés (76%), los nacimientos tipo cesáreas superaron el número los nacimientos espontáneos.

Las anteriores son cifras preocupantes y lejanas a las recomendaciones que ha realizado la OMS²⁶, pues “a nivel de población las tasas de

cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” y “las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁶ OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.

2015. Tomado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf;jsessionid=E614221C6C35ED23938047DA931F430A?sequence=1

²⁷ Odent M. The Caesarean: Free Association Books; 2004.

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

²⁹ *Ibidem.* pp. 103-104.

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

Esta iniciativa busca no solo reconocer la diversidad étnica, sino también contribuir a la operativización de las adecuaciones culturales de los servicios de salud, particularmente en la atención del embarazo, parto y posparto, de tal manera que se favorezcan los diálogos de saberes entre el sistema de salud y el sistema médico tradicional, buscando incidir positivamente en los indicadores de mortalidad materna y perinatal de los grupos étnicos minoritarios, disminuir las tensiones entre los sistemas médicos, garantizar el derecho a la salud para los grupos étnicos minoritarios desde su atributo de aceptabilidad; entre otros, considerando que “la operación del enfoque diferencial constituye una estrategia central para lograr las garantías del derecho a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán brindar los espacios formación y capacitación de sus funcionarios en el manejo de este.

Se recomienda contar con las organizaciones de los respectivos pueblos indígenas para el desarrollo de los procesos formativos a los funcionarios”³³.

Al respecto existe un marco jurídico nacional e internacional que “reconocen la necesidad de implementar acciones afirmativas, dada la existencia de grupos poblacionales que por

situaciones específicas de vulnerabilidad, por desigualdades en la estructura social, mayores posibilidades de enfrentarse a riesgos y la imposibilidad de autosostenerse requieren protección diferencial”³⁴. De tal manera los modelos de atención para el cuidado materno perinatal de las minorías étnicas en Colombia, deben reconocer que en estos procesos la pareja, la red familiar y sus sabedores ancestrales cumplen un papel fundamental en la prevención e intervención de riesgos biopsicosociales, cumpliendo un rol relevante en la referenciación desde el ámbito comunitario³⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencian la necesidad urgente de implementar políticas públicas encaminadas a: garantizar un trato humano, con respeto y dignidad para todas las mujeres; privilegiar la fisiología natural del proceso de gestación, parto, posparto y lactancia materna; garantizar el derecho de recibir acompañamiento que la mujer elija como el más idóneo para ella; proporcionar métodos farmacológicos y no farmacológicos basadas en la evidencia científica actualizada para el alivio el dolor y/o la ansiedad; evitar la utilización de prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales al ser implementados de manera rutinaria sin justificación médica; proveer cuidados que sean parte de una constante colaboración interdisciplinaria entre los agentes de salud, instituciones y el estado; que los servicios que presten atención humanizada y respetada estén ampliamente financiados, equipados, accesibles para todas las mujeres³⁶.

Desde la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología la anterior problemática ha sido reconocida³⁷ y desde este gremio también se promueve la importancia de un parto humanizado y respetado. Al respecto un artículo³⁸, publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Cáceres-

³⁰ Darras, C. Jiménez R. (1992). Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland (Santa Cruz). Car Med AIS, Vol. 6 (N° 2), Pp. 31-34.

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

³² Sort P., Beltrán A., Mens A., (2010). Trabajar con el Cuerpo: La Experiencia de Ser Madre. Agora de Enfermería. Vol. 14 (N°24). 173-177.

³³ Gobernación del Huila, Sinergias, CRIHU. Adecuación Sociocultural de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Para uso de los profesionales de la salud en la atención a mujeres gestantes y sus parejas del pueblo Nasa. 2015.

³⁴ República de Colombia. Ministerio del Interior. El enfoque diferencial para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas del conflicto armado. Tomado de: https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_afro_final_2.pdf

³⁵ Gobernación del Huila, Sinergias, CRIHU. Adecuación Sociocultural de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio Para uso de los profesionales de la salud en la atención a mujeres gestantes y sus parejas del pueblo Nasa. 2015.

³⁶ IMBCO, International MotherBaby Childbirth Organization. La Iniciativa Internacional para el Parto MadreBebÉ: imbcí. 10 Pasos para la Optimización de los Servicios de Maternidad MadreBebÉ. Septiembre - 2008.

³⁷ Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Definitivamente No a la violencia contra la Mujer y violencia Obstétrica Bogotá: FECOLSOG; 2016 [cited 2018 01 de octubre]. Available from: <https://www.fecolsog.org/definitivamente-no-a-la-violencia-contra-la-mujer-y-violencia-obstetrica/>.

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

Manrique and Nieves-Cuervo 2017), la atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; respetar su poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad, protegiendo siempre la vida, integridad y salud de la mujer y el recién nacido, con la más actualizada medicina basada en la evidencia científica y humanística.

Por su parte la Organización Colegiada de Enfermería considera que “El nacimiento es un momento crucial para la vida de todo ser humano y tanto el embarazo, el trabajo del parto, el parto y el puerperio son decisivos para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre o familiar significativo; generar un ambiente respetuoso, cálido, seguro y sobre todo que garantice los derechos humanos de la mujer; sienta sin duda las bases para la construcción de una nueva sociedad que acaricia la esperanza de un país en paz”³⁹.

Se espera que esta ley contribuya a disminuir las inequidades sociales en torno al acceso a los servicios de salud de calidad y a la garantía de los derechos humanos de las mujeres y de las redes sociales que apoyan a la mujer. Se espera que sea una base para redireccionar los servicios de salud y la pronta adaptación de los protocolos de atención de acuerdo a las últimas recomendaciones que sobre el tema ha realizado la Organización Mundial de la Salud.

II. TRÁMITE LEGISLATIVO

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

1. Fue radicado ante el Senado de la República en la Legislatura 2012-2013, alcanzando solo tres debates de los cuatro reglamentarios por la Ley 5ª de 1992.
2. En la Legislatura 2016-2017, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, radica la iniciativa en marzo de 2017, la cual fue archivado por no alcanzar primer debate.

3. En la Legislatura 2017-2018, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, nuevamente radica la iniciativa, la cual fue aprobada en primer debate el 17 de mayo de 2018, y continua su trámite en la Legislatura 2018-2019.

El presente proyecto que hoy se pone a consideración de la Plenaria de la Cámara de Representantes, es de origen parlamentario; fue radicado por la ex Representante a la Cámara Clara Leticia Rojas, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 664 del 2017 y aprobado en Comisión Séptima el 17 de mayo de 2018.

El día 2 de agosto de 2018, mediante oficio de la Secretaría de la Comisión se nos informa de la designación como ponentes del proyecto a los honorables Representantes, Jairo Cristancho Tarache, Juan Carlos Reinales Agudelo y Carlos Eduardo Acosta Lozano, fijándonos un plazo de quince (15) días para rendir informe de ponencia, términos que fueron suspendidos a solicitud de los ponentes, pues debido a la complejidad del tema se solicita a la Comisión realizar una Audiencia Pública con el fin de escuchar todos los actores involucrados y especialistas en el tema de Parto Humanizado.

La audiencia se realizó el día 22 de agosto y participaron como invitados, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Profamilia, las Universidades Nacional, de la Sabana y organizaciones sociales que expusieron sus diversos puntos de vistas y recomendaciones ante los ponentes.

El Ministerio de Salud y Protección Social, manifiesta su apoyo a la iniciativa, pero aclara que lo que el proyecto busca actualmente está reglamentado por la Guía de Atención Materna expedida por la entidad.

Tanto la Universidad Nacional, como Profamilia, proponen tener en cuenta el carácter natural del parto, el contexto del embarazo y todos los determinantes de mortalidad para el análisis de la iniciativa.

Las organizaciones de partería, proponen el respeto por las tradiciones de cada cultura, hacen un llamado a la búsqueda por la simetría del Sistema de Salud pues actualmente es desigual.

La organización de doulas hace un llamado al buen trato, y al acompañamiento emocional de la mujer materna.

A continuación, se resumen las propuestas modificatorias al articulado realizadas por los participantes.

³⁹ Organización Colegiada de Enfermería. Intervención de la OCE en el marco de la Audiencia Pública de la Ley 063 del 2017. Tomado de: <https://www.oceinfo.org.co/index.php/difusion/noticias/180-parto-humanizado-intervencion-de-la-oce-en-el-marco-de-la-audiencia-publica-de-la-ley-063-del-2017>

Texto definitivo primer debate	Propuesta Instituto de la Familia	Propuesta Vida por Colombia
<p>Título: “por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”.</p>	<p>Título: “por medio de la cual se reconocen los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”.</p>	
<p>Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho como madre a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho de la <u>madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer</u> a vivir el trabajo de parto con libertad de decisión, consciencia y respeto.</p>	
<p>Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, 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 y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.</p>	<p>Artículo 2°. La presente ley regirá para todo ser humano, sea madre, hija o hijo desde la concepción, durante la el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, en el lugar y circunstancias en que esté en el territorio nacional incluyendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 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 y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.</p>	
<p>Artículo 3°. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos:</p> <p>a) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la madre o de la persona por nacer;</p> <p>b) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;</p> <p>c) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas;</p> <p>d) A ser informada sobre 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; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas;</p> <p>e) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad;</p>		<p>Sugerir la aclaración del párrafo final del literal “c” del artículo 3° del texto del Proyecto de ley número 063 de 2017 “Ley de parto humanizado”, que dice “con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas” refiriéndose a la opción de la mujer en el caso del parto y embarazo, es una frase ambigua y que da lugar a múltiples interpretaciones, entre ellas la acción inconstitucional de abortar. Por ello se hace necesario que se suprima este párrafo.</p> <p><u>A ser informados sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante el embarazo, el trabajo de parto y el posparto.</u></p>

Texto definitivo primer debate	Propuesta Instituto de la Familia	Propuesta Vida por Colombia
<p>f) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto;</p> <p>g) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias;</p> <p>h) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera;</p> <p>i) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;</p> <p>j) A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho;</p> <p>k) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales;</p> <p>l) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar;</p> <p>m) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña;</p> <p>n) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica;</p> <p>o) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido;</p> <p>p) A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica;</p> <p>q) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.</p>		
<p>Artículo 4º. Todo recién nacido (a) tiene derecho:</p> <p>a) A ser tratado con respeto y dignidad;</p> <p>b) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud;</p>		

Texto definitivo primer debate	Propuesta Instituto de la Familia	Propuesta Vida por Colombia
<p>c) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales;</p> <p>d) A tener a su lado a su madre durante la permanencia en la institución médica, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales;</p> <p>e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.</p>		
	Artículos nuevos:	Artículos nuevos:
	<p>Artículo 5°. Las decisiones que se relacionen con el derecho de cada ser humano al reconocimiento, sin discriminación o exclusión alguna, de su integridad, salud, vida y pleno desarrollo integral, incluyente y sostenible, y de cada uno de todos los miembros de su familia nuclear de los que es más directamente responsable serán siempre acordes con que:</p> <p>a) El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y su diversidad;</p> <p>b) Cada individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y derechos, cualesquiera que sean sus características genéticas. Esta dignidad impone que no se reduzca a los individuos a sus características genéticas y que se respete el carácter único de cada uno y su diversidad;</p> <p>c) Nadie podrá ser objeto de discriminaciones fundadas en sus características genéticas, cuyo objeto o efecto sería atentar contra sus derechos humanos y libertades fundamentales y el reconocimiento de su dignidad.</p> <p>Parágrafo. Estos literales, correspondientes a los artículos 1°, 2° y 6° la Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos, serán interpretados según los considerandos de la misma Declaración y teniendo en cuenta que ninguna disposición de la presente ley podrá interpretarse como si confiriera al Estado, a un grupo o un individuo, un derecho cualquiera a ejercer una actividad o a realizar un acto que vaya en contra de los derechos humanos y las libertades fundamentales de cualquier ser humano, de modo independiente a las etapas y circunstancias de su ciclo vital que inicia con la concepción y termina con la muerte natural.</p> <p>Artículo 6°. Se prohíbe toda conducta que atente contra los derechos humanos fundamentales a la integridad, salud y a la vida, de cada uno de todos los seres humanos durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto.</p>	<p>Artículo 5°. establezca la protección especial de las mujeres menores de edad en estado de embarazo, para obtener la especial atención integral y gratuita durante su periodo de gestación, parto y lactancia, así como las terapias físicas, psicológicas y espirituales que ella requiera, su bebé y su entorno familiar e integración a su medio ambiente social y cultural.</p> <p>Artículo 6°. La misma entidad de salud que atendió el parto o la que elija la madre, realice el seguimiento, acompañamiento y atención médica, nutricional, psicológica y espiritual para las madres e hijos durante los primeros 5 años de vida, así como proveer a las mujeres de estratos 0, 1, 2 y 3 durante la atención del parto, los implementos básicos tales como una pijama, toallas higiénicas y papel higiénico.</p>

Texto definitivo primer debate	Propuesta Instituto de la Familia	Propuesta Vida por Colombia
	<p>Artículo 7°. El Estado garantiza, que los contenidos de educación en sexualidad y afectividad, desde Preescolar hasta Doctorado inclusive, se actualicen al menos cada año, al ritmo de los mejores y más recientes resultados de la investigación humanística, científica y social, haciendo énfasis en que, por su igual dignidad intrínseca deducida de la perfección de ser miembro de la familia humana, cada ser humano es propietario de su derecho fundamental a su integridad, salud y vida, y a ser acogido, ayudado y amado, durante su ciclo vital completo, desde su concepción hasta su fin natural.</p> <p>Artículo 8°. El Estado delegará en las instituciones nacionales educativas, lideradas por las universidades como centros actualizados de producción, enseñanza y socialización del conocimiento, la investigación humanística, científica y social, relacionada con la educación y atención en sexualidad y afectividad, para que sus resultados y respectivas aplicaciones garanticen el ejercicio del respeto incondicional y la promoción del pleno desarrollo integral, incluyente y sostenible, de cada uno de todos los seres humanos dentro del territorio nacional, durante su ciclo vital completo.</p>	
	<p>Artículo 9°. Por los efectos del aborto, cada vez más evidenciados por la investigación científica, que son mortales para los hijos durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y nacimiento –por ejemplo, con el aborto por nacimiento parcial y el infanticidio–, y lesivos física y psíquicamente, para la salud y para la vida de las mujeres, se prohíbe el aborto directamente procurado como alternativa que no es terapéutica sino lesiva para salud y la vida de las mujeres y sus hijos, y que afecta negativamente las relaciones entre los miembros de la familia como unidad básica de la sociedad, y a la sociedad misma.</p> <p>Artículo 10. El Estado promoverá especiales facilidades para ampliar el número de profesionales altamente preparados en medicina embrionaria y fetal, y en nanotecnología, con el fin de aliviar y paliar, las enfermedades propias de las etapas de crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, y las del embarazo de la mujer.</p>	
<p>Artículo 5°. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los profesionales de la salud, sus colaboradores o de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.</p>		
<p>Artículo 6°. La presente ley rige a partir de publicación.</p>		

Es de resaltar y como consecuencia de la mesa creada una vez culminada la audiencia, se realizaron cinco reuniones de trabajo con diferentes organizaciones de mujeres que se han visto vulnerados sus derechos y los de muchas mujeres a las cuales acompañan en el proceso de gestación. Como conclusión de dichas mesas de trabajo se presenta esta ponencia.

IV. PRINCIPALES ARGUMENTOS DEL PROYECTO DE LEY

1. El objeto del proyecto es garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, conciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.
2. La Constitución Política de Colombia reconoce la protección especial de la mujer debido a las condiciones de desigualdad formal y real a la que se ha visto sometida históricamente. En este sentido, se ha enfatizado en la necesidad de proveerle todos los mecanismos para garantizar el ejercicio de sus derechos de manera efectiva, lo cual tiene especial incidencia en su salud reproductiva que se refleja en una adecuada práctica médica durante el embarazo, teniendo en cuenta que en este período es de alta vulnerabilidad psíquica y biológica⁴³.
3. La Escuela de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia señaló en la Sentencia SU 677-17 que la mayoría de las muertes maternas, fetales y neonatales son muertes evitables, que evidencian las condiciones de desigualdad e inequidad social en salud, en la medida en que muchas veces se producen como consecuencia de la falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos, por parte de las diferentes ins-

tituciones de salud. Afirmó que estos factores de desigualdad se traducen en maltrato, abusos, falta de sensibilidad, menosprecio o desprecio hacia una cultura específica, tratos discriminatorios por el hecho de ser pobres, indígenas o afrodescendientes y manejo deshumanizado del parto hospitalario.

4. En la misma sentencia la Universidad de Antioquia indicó que el embarazo tiene múltiples implicaciones físicas y mentales en la salud de la mujer en gestación. En particular señaló que la afectación de la salud mental de la mujer puede estar relacionada con factores externos como el embarazo no deseado, la violencia intrafamiliar, el embarazo adolescente y los bajos ingresos económicos, entre otros. Respecto de los factores internos, identificó la depresión endógena y las alteraciones psiquiátricas en general.
5. El embarazo genera una sobre carga psíquica, física y social para la mujer, lo cual la obliga a utilizar todas sus reservas y en esa medida pueden presentar varios factores de riesgo como: mayores índices de depresión, enfermedades de múltiples etiologías o incluso la muerte. Otros factores externos como el desplazamiento forzado y la mala nutrición por falta de ingresos económicos pueden convertirse en factores de riesgo y afectar la salud de la gestante y del feto.

V. MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY

Son las razones expuestas en el aparte anterior, las que motivan a modificar en su gran mayoría el texto aprobado por la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, resultado de las observaciones presentadas por los parlamentarios de la Comisión y las organizaciones sociales.

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

<p>TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>
<p><i>“Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto humanizado”.</i></p>	<p><i>“Por medio de la cual se <u>reconocen</u> los derechos de la mujer en <u>embarazo</u>, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto <u>digno, respetado y humanizado</u>”</i></p>
<p>El Congreso de Colombia DECRETA</p>	<p>El Congreso de Colombia DECRETA</p>
<p>Artículo 1º. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho como madre a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, conciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.</p>	<p>Artículo 1º. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto <u>reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, conciencia y respeto;</u> así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.</p>

⁴⁰ Corte Constitucional SU 667-17.

<p>TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>
<p>Artículo 2º. <u>Ámbito de aplicación.</u> La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, 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 y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.</p>	<p>Artículo 2º. <u>Ámbito de aplicación.</u> <u>La presente ley regirá en todo el territorio nacional, de conformidad con el enfoque diferencial.</u></p>
	<p>Artículo nuevo</p> <p>Artículo 3º. Definiciones. Para la correcta aplicación de la presente ley entienda por:</p> <p>Parto respetado y humanizado: Es el parto vaginal o cesárea en el cual se respeta la fisiología y ritmo del proceso, se interviene solo de ser necesario con base en la evidencia científica actualizada y en las condiciones particulares de salud, se identifican, comprenden y respetan los aspectos socioculturales de la mujer, se le brinda apoyo emocional, se le da poder de decisión, y se le garantiza su autonomía y privacidad, con un enfoque holístico y basado en el respeto por los derechos humanos.</p> <p>Trabajo de Parto: Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones progresivas y continuas que ayudan a que se dilate y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.</p> <p>Parto fisiológico: Es el parto vaginal, proceso natural, dinámico, trascendental y único con el que la mujer finaliza su gestación, que involucra factores psicológicos y socioculturales y deja una impronta en la mujer y en el recién nacido. Su inicio es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y culmina con el alumbramiento de la placenta.</p> <p>Cesárea Humanizada: Es el procedimiento efectuado con base en evidencia científica actualizada, recomendada únicamente por la necesidad de la condición de salud de la mujer o del feto, protegiendo el vínculo afectivo por medio del contacto piel con piel, y del inicio del amamantamiento dentro de la primera hora del posparto, así como respetando su derecho a permanecer acompañada, si así lo desea mínimo por una persona de su elección y confianza durante todo el proceso, con información clara y suficiente sobre el estado de salud, sin obstaculizar el campo visual del nacimiento si así lo desea la mujer y con apoyo emocional.</p> <p>Enfoque diferencial: Es la estrategia que permite la inclusión de los sujetos de especial protección constitucional mediante acciones, programas y proyectos adoptados con el fin de garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.</p> <p>Duelo gestacional: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación.</p> <p>Duelo perinatal: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.</p>
	<p>Posparto: Periodo de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.</p> <p>Plan de parto: Documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención.</p>

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA
<p>Artículo 3º. Derechos</p> <p>Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos:</p> <p>a) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la madre o de la persona por nacer;</p> <p>b) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;</p> <p>c) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas;</p> <p>d) A ser informada sobre 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; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas;</p> <p>e) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad;</p> <p>f) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto;</p> <p>g) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias;</p> <p>h) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera;</p> <p>i) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;</p> <p>j) A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho;</p> <p>k) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales;</p> <p>l) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar;</p> <p>m) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña;</p> <p>n) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica;</p> <p>o) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido;</p> <p>p) A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica;</p> <p>q) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.</p>	<p>Artículo 4º. Derechos. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud,</u> <u>2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.</u> <u>3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.</u> <u>4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.</u> <u>5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.</u> <u>6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.</u> <u>7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.</u> <u>8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud.</u> <u>9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención.</u> <u>10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.</u> <u>11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.</u>

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA
	<p>12. <u>Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:</u></p> <p>a) <u>Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica;</u></p> <p>b) <u>Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto;</u></p> <p>c) <u>Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico., durante el trabajo de parto y posparto;</u></p> <p>d) <u>Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto;</u></p> <p>e) <u>Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto;</u></p> <p>f) <u>Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros.</u></p> <p>13. <u>A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada.</u></p> <p>14. <u>A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.</u></p> <p>15. <u>A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal.</u></p> <p>16. <u>A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.</u></p> <p>17. <u>A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.</u></p> <p>18. <u>A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.</u></p> <p>19. <u>A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.</u></p> <p>20. <u>A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.</u></p>

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA
	<p>21. <u>A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.</u></p> <p>22. <u>En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.</u></p> <p>23. <u>A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.</u></p>
	<p>Artículo nuevo</p> <p><u>Artículo 5°. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</u></p> <p>1. <u>Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.</u></p> <p>2. <u>Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disenso.</u></p> <p>3. <u>Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.</u></p> <p>4. <u>Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</u></p>
	<p>Artículo nuevo</p> <p><i>Artículo 6°. Integralidad de la atención.</i></p> <p>La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad.</p>
<p>Artículo 4°. Todo recién nacido(a) tiene derecho:</p> <p>a) A ser tratado con respeto y dignidad;</p> <p>b) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud;</p> <p>c) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales;</p> <p>d) A tener a su lado a su madre durante la permanencia en la institución médica, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales.</p> <p>e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.</p>	<p>Artículo 7°. Derechos del recién nacido</p> <p>Todo recién nacido(a) tiene derecho:</p> <p>1. A ser tratado con respeto y dignidad.</p> <p>2. A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p>3. A recibir los cuidados y únicamente los tratamientos interdisciplinariamente necesarios, acordes con la evidencia científica actualizada, con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, <u>inclusive el cuidado paliativo.</u></p> <p>4. A tener <u>contacto piel con piel</u> con su madre y <u>amamantamiento inmediato postergando los procedimientos que no se consideren vitales con el objetivo de favorecer sus procesos de adaptación neurofisiológicos y psicológicos.</u></p>

<p>TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA</p>
	<p>5. Al corte oportuno del cordón umbilical de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada.</p> <p>6. A no ser separado de su madre durante la permanencia en la institución prestadora de salud, siempre que el recién nacido o la mujer no requiera de cuidados especiales que impidan lo anterior.</p> <p><u>7. A tener contacto con su padre durante su proceso de nacimiento, para el adecuado desarrollo de su vínculo afectivo, siempre y cuando la mujer autorice la presencia del padre durante su trabajo de parto, parto y posparto.</u></p> <p><u>Lo anterior, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas.</u></p> <p>8. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, signos de alarma, periodicidad de controles de seguimiento, junto con información sobre el plan de vacunación explicando beneficios y posibles efectos adversos.</p>
	<p>Artículo nuevo</p> <p>Artículo 8°. Obligaciones del Estado. Son obligaciones del Estado para garantizar la eficacia y desarrollo de la presente ley, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y actualización de agentes en salud para el cuidado de la mujer y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada. 2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñará un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial. 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años. 4. Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia. 5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares. <p>Parágrafo. En lo contenido al numeral primero del presente artículo, el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 12 meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, incorporarán en los planes de estudio de los diferentes agentes de salud relacionados, los contenidos y conceptos basados en evidencia científica actualizada, que explican los procesos fisiológicos de la gestación, el trabajo de parto, el parto, el posparto, la lactancia, y el nacimiento respetado y humanizado.</p>
	<p>Artículo nuevo</p> <p>Artículo 9°. Se debe reconocer y respetar el pluralismo cultural relacionado con las mujeres y los recién nacidos, garantizando con evidencia científica su vida, dignidad, integridad y salud, antes, durante y después del parto.</p>

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA
	<p>Artículo nuevo</p> <p>Artículo 10. El Estado promoverá la capacitación de las parteras, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales que ya existen a lo largo del territorio nacional, para sentar bases de las políticas públicas de acceso de la mujer y del recién nacido durante la gestación, parto y posparto, al pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, respetando sus quehaceres y creencias de las parteras en el territorio nacional, y desarrollando estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de la partería y en los niveles de comunicación y referencia que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido.</p>
<p>Artículo 5°. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los profesionales de la salud, sus colaboradores o de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.</p>	<p>Artículo 11. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los agentes de salud, sus colaboradores o de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, de conformidad con los procesos establecidos por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.</p>
<p>Artículo 6°. La presente ley rige a partir de publicación</p>	<p>Artículo 12. La presente ley rige a partir de publicación.</p>

VIII. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos en el marco de la Constitución Política y la ley, solicitamos a la Plenaria de la Cámara de Representantes dar segundo debate, al Proyecto de ley número 063 de 2017 Cámara, *por medio de la cual se garantizan los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de Parto Humanizado”* conforme al pliego de modificaciones que se adjunta.

De los Honorables Representantes,



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

CARLOS ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara
Ponente

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Ponente

IX. TEXTO PROPUESTO

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA

por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

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

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

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

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

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

Parto fisiológico: Es el parto vaginal, proceso natural, dinámico, trascendental y único con el que la mujer finaliza su gestación, que involucra factores psicológicos y socioculturales y deja una impronta en la mujer y en el recién nacido. Su inicio

es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y culmina con el alumbramiento de la placenta.

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

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

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

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

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

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

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

1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.
2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.
3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.
4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.
5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.
6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.
7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.
8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud.
9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención.
10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan informa-

ción oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.

11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderán el parto.
12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto que así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:
 - a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica;
 - b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto;
 - c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y posparto;
 - d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto;
 - e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto;
 - f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros.
13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada.
14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.

A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal.

15. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.
16. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.
17. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.
18. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.
19. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.
20. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.
21. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.
22. A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.

Artículo 5°. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto. Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de salud o en la disposición que la modifique.

1. Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un

documento de consentimiento informado de rechazo o disentimiento.

2. Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.
3. Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.

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

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

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

alarma, periodicidad de controles de seguimiento, junto con información sobre el plan de vacunación explicando beneficios y posibles efectos adversos.

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

1. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y actualización de agentes en salud para el cuidado de la mujer y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.
2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñarán un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.
3. El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.
4. Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia.
5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.

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

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

Artículo 10. El Estado promoverá la capacitación de las parteras, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales

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

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

Artículo 12. La presente ley rige a partir de su publicación.

De los Honorables Representantes,


JAIRO CRISÓSTOMO VARACHE
 Representante a la Cámara
 Coordinador Ponente


CARLOS ACOSTA LOZANO
 Representante a la Cámara
 Ponente


JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
 Representante a la Cámara

**TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN
 PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE
 LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA**

por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "Ley de Parto Humanizado".

(Aprobado en la Sesión del 17 de mayo de 2018 en la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, Acta número 37)

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho como madre a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.

Artículo 2º. Ámbito de aplicación. La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 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 y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.

Artículo 3º. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos:

- a) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la madre o de la persona por nacer;
- b) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;
- c) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas;
- d) A ser informada sobre 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; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas;
- e) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad;
- f) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto;
- g) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias;
- h) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera;
- i) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;
- j) A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho;
- k) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales;

- l) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar;
- m) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña;
- n) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica;
- o) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido;
- p) A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica;
- q) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 4º. Todo recién nacido(a) tiene derecho:

- a) A ser tratado con respeto y dignidad;
- b) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud;
- c) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales;
- d) A tener a su lado a su madre durante la permanencia en la institución médica, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales;
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 5º. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los profesionales de la salud, sus colaboradores o de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 6º. La presente ley rige a partir de su publicación.

De los Honorables Representantes,

MAURICIO SALAZAR PELAEZ
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

JOSE ELVER HERNANDEZ
Ponente
Representante a la Cámara

FABIO RAUL AMIN SALEME
Ponente
Representante a la Cámara

**INFORME DE PONENCIA PARA
SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA
DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 150
DE 2017 CÁMARA**

por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 18 de septiembre de 2018

Doctor

JAIRO CRISTANCHO TARACHE

Presidente Comisión Séptima

Cámara de Representantes

La Ciudad

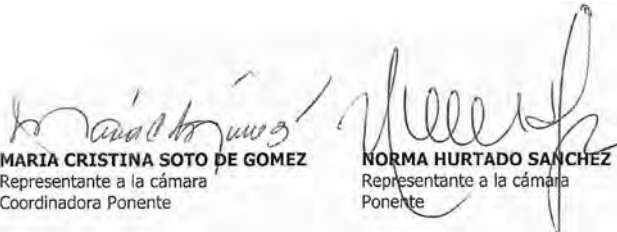
Referencia: Informe de ponencia para segundo debate en Cámara del Proyecto de ley número 150 de 2017 Cámara.

Cordial saludo:

En cumplimiento del encargo que usted me hiciera como presidente de la Comisión Séptima Constitucional, mediante comunicación recibida el 21 de agosto de 2018, habiéndose aprobado el proyecto en primer debate y con fundamento en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir ponencia para segundo debate en Cámara ante la Plenaria de esta Corporación del Proyecto de ley número 150 de 2017, *por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país y se dictan otras disposiciones.*

De acuerdo con lo anterior, anexo la ponencia en medio magnético, en original y 2 copias.

Cordialmente,



MARIA CRISTINA SOTO DE GOMEZ
Representante a la cámara
Coordinadora Ponente

NORMA HURTADO SANCHEZ
Representante a la cámara
Ponente

El presente informe está compuesto por seis (6) apartes, de la siguiente manera:

- I. ANTECEDENTES.
- II. CONTENIDO Y ALCANCE DEL PROYECTO DE LEY.
- III. CONSIDERACIONES GENERALES.
- IV. PROPOSICIÓN.
- V. PLIEGO DE MODIFICACIONES.
- VI. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA.

I. ANTECEDENTES

El presente proyecto de ley, de iniciativa congresional, fue radicado en la honorable Cámara de Representantes por los congresistas honorable Representante Ana Paola Agudelo García, Carlos

Guevara Villabón, Guillermina Bravo Montaña y honorable Senador Orlando Castañeda Serrano el 14 de septiembre de 2017 correspondiéndole el número 150 de 2017 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 824 de 2017, cumpliendo con los requisitos formales exigidos para el efecto, conforme a lo establecido en el artículo 154 de la Constitución Política, iniciándose de esta manera el trámite legislativo para su aprobación.

La ponencia en primer debate fue aprobada el 3 de abril de 2018 en la Comisión Séptima mediante Acta número 30, llevando el pliego de modificaciones que estableció la Representante ponente.

Hoy radicamos con algunas modificaciones el informe de ponencia para segundo debate para ser discutido y votado en la Plenaria de la Cámara de Representantes.

II. CONTENIDO Y ALCANCE DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley consta de nueve artículos, inclusive el de vigencia, y su alcance es generar beneficios importantes para la población infantil, sobre todo dentro de los primeros mil días desde el nacimiento, etapa de mayor riesgo para los niños y niñas, institucionalizando un programa dentro de la estrategia de atención integral a la primera infancia, que brindará una continuidad a las políticas de atención.

Estudiemos el articulado del proyecto de ley:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley busca establecer medidas de protección para la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país, de los estratos 1 y 2, cuyos ingresos no superen un salario mínimo mensual legal vigente.

Serán atendidas de forma prioritaria las mujeres gestantes teniendo en cuenta criterios como vulnerabilidad, brechas sociales y económicas, discapacidad, el pertenecer a zonas rurales, ser víctimas por el conflicto armado y la pertenencia a grupos étnicos.

Artículo 2°. *Kit neonatal.* Durante el último mes de gestación previo a la fecha posible del parto, se entregará a las mujeres gestantes un kit de bienvenida al recién nacido, el cual permitirá el nacimiento en condiciones igualitarias a los neonatos en el país.

Este kit contendrá como mínimo prendas en colores neutros de género, frazadas, pañales, productos de higiene de bebé y un pequeño colchón para que la caja contenedora de los productos pueda usarse como cuna.

Parágrafo 1°. El kit neonatal podrá contener un número mayor de elementos de los aquí contemplados según las necesidades determinadas por los entes territoriales en el momento de ejecutar el programa.

Parágrafo 2°. El kit neonatal de bienvenida al recién nacido tendrá un enfoque diferencial; los

productos que lo integren deberán estar acordes con la idiosincrasia de la región, el clima.

Artículo 3°. Las mujeres gestantes que deseen acceder a este beneficio deberán inscribirse ante la EPS o la entidad de salud tratante durante los cinco primeros meses de gestación y acudir mínimo a una consulta de control prenatal mensual. Las EPS o entidades de salud tratante deberán enviar un reporte mensual a las cajas de compensación familiar donde indiquen el cumplimiento de las consultas de control prenatal.

Artículo 4°. Además del subsidio familiar contemplado en la Ley 21 de 1982, las cajas de compensación familiar serán las encargadas de entregar a su cuenta, el kit neonatal contemplado en esta ley, de los recursos recaudados según el artículo 43 de dicha ley a los núcleos familiares que tengan una madre en embarazo.

Artículo 5°. Los núcleos familiares que no tengan afiliado a una caja de compensación familiar obtendrán este beneficio a través del Sistema Subsidiado de Seguridad Social en Salud.

Artículo 6°. Dentro de las políticas de compra del Estado colombiano se propenderá a la selección de empresas nacionales para la compra de los productos que componen el kit neonatal.

Artículo 7°. Las empresas privadas dentro de sus programas de responsabilidad social empresarial establecerán convenios con las secretarías de salud distritales y/o municipales en aras de apoyar material y/o económicamente la implementación del beneficio.

Artículo 8°. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley en un término no mayor a seis meses posteriores a su promulgación.

Artículo 9°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

III. CONSIDERACIONES GENERALES

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren 2,7 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de muertes en el nacimiento es similar. Durante el primer mes, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento son el momento más importante para la supervivencia del recién nacido¹.

En este mismo sentido, la OMS ha indicado que entre 1990 y 2015, 62 de los 195 países con estimaciones disponibles alcanzaron la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, consistente en lograr una reducción del 66% en la tasa de mortalidad de los menores de 5 años. Entre ellos, 24 son países de ingresos bajos y medios. Pese a estas mejoras, los progresos fueron

¹ Tomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.

insuficientes para alcanzar el ODM 4 a nivel mundial y en muchas regiones².

En enero de 2016 se pusieron en marcha los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad³.

Dentro de estos 17 objetivos trazados, encontramos el objetivo 3, el cual estipula:

“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

- META: Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Cifras en Colombia

Según las cifras publicadas por el DANE, en 2016 nacieron en Colombia un total de 479.141 personas, de las cuales 246.367 fueron hombres y 232.705 mujeres.

Resulta importante destacar que de estos 479.141 nacimientos, 212.348 madres pertenecían al régimen contributivo, 243.213 al régimen subsidiado y 10.747 no se encontraban aseguradas; 475.107 partos se dieron en las instituciones de salud, 3.377 en su domicilio y 637 en otros sitios diferentes a estos⁴.

Según el Ministerio de Salud, dentro de las primeras causas de mortalidad de niños y niñas de 2012 al 2014 se presentó el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con 2.317 muertes, sepsis bacteriana del recién nacido con 2.215 y neumonía con 9.332 muertes⁵.

Esta iniciativa se ha desarrollado en algunas oportunidades en el país como parte de programas piloto dentro de la estrategia De Cero a Siempre, del Gobierno nacional con el *“Ajuar para Cuidarte”*, se realizó la adaptación de un ajuar de bienvenida para los recién nacidos colombianos, que busca orientar en el cuidado y la crianza, así como promover y fortalecer las capacidades de los padres y familias para proporcionar cuidados y atención a las niñas y niños en los primeros mil días de vida. El primer prototipo de este ajuar se entregó en abril del 2014 y fue validado a través de grupos focales realizados con comunidades campesinas, afrocolombianas, palenqueras, raizales, así como

con miembros de las comunidades indígenas inga, misak, embera, wayuu, cubeo, tucano, huitoto y arhuaca, entre otros. Así mismo, se validó en áreas urbanas haciendo entrega de 900 ajuares en hospitales y clínicas de 8 municipios pertenecientes a 4 departamentos del país, los cuales fueron Barranquilla y Soledad en el departamento del Atlántico, Bucaramanga y Floridablanca en Santander, Cali y Buenaventura en el departamento de Valle del Cauca y Pasto e Ipiiales en Nariño⁶.

El ajuar contiene 44 productos, que pueden agruparse en 5 propósitos⁷:

1. Para propiciar un espacio propio y seguro, para crear en el recién nacido sentido de pertenencia y condiciones de seguridad: cuna corral, la pañalera-tapete para cambiar al bebé, frazada, saco o bolsa para dormir y cargadera en tela.
2. Para propiciar el bienestar físico del recién nacido y apoyar a la familia en su cuidado: implementos de uso frecuente, como jabón líquido, crema antipañalitis, toallitas húmedas, aceite para bebé, copitos de algodón, toallitas de tela para secreciones, cortaúñas, termómetro, pera para limpiar las narices y pañales desechables.
3. Para dar la bienvenida y hacer sentir protegido y cuidado al recién nacido: una primera muda compuesta por tres camisetas, dos enterizos, un gorro, dos pijamas, dos pares de calcetines y una toalla.
4. Para sentir, ver, oír y jugar, elementos que buscan incentivar la reunión de la familia y el recién nacido en torno a actividades lúdicas que creen vínculos: un muñeco en tela, un afiche de bienvenida, un móvil para armar en familia, un libro para leer en familia, un CD con música para bebés y un carné que acredita al bebé como ciudadano del mundo de las letras.
5. Para los cuidados de la mamá, porque ellas también necesitan implementos para su cuidado especial posparto: cojín de lactancia, protectores plásticos, copas recolectoras de leche, toallas de tela para limpieza del pezón, toallas higiénicas de maternidad, preservativos para la mujer y para el hombre, y un *mug* para quien cuida al bebé y la mamá.

CONSTITUCIONALIDAD DEL PROYECTO

⁶ <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2014/Paginas/141212-El-Ajuar-para-Cuidarte-le-dara-la-bienvenida-a-las-ninas-y-los-ninos-de-Colombia.aspx>.

⁷ <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2014/Paginas/141212-El-Ajuar-para-Cuidarte-le-dara-la-bienvenida-a-las-ninas-y-los-ninos-de-Colombia.aspx>.

² Tomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.

³ <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

⁴ Fuente: DANE - Estadísticas vitales www.dane.gov.co.

⁵ Respuesta derecho de petición Rad. 2017386 MinSalud 201722001690781 del 29-8-17.

Este proyecto se encuentra fundamentado en los artículos 43 y 44 constitucionales, que contemplan los derechos de los niños y la prevalencia de estos sobre los derechos de los demás, así como la asistencia especial y asistencia por parte del Estado que tendrán las mujeres durante su embarazo.

Sobre estos artículos la Corte Constitucional se ha pronunciado de la siguiente manera:

La protección integral de los derechos del niño se hace efectiva a través del principio del interés superior del niño, consagrado en el mismo artículo 44 Superior al disponer que “los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”, y en el numeral 1 del artículo tercero de la Convención de los Derechos del Niño, en virtud del cual “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”⁸.

Los derechos de los menores de edad priman sobre los de los demás, por lo cual se ofrecen mayores garantías y beneficios para proteger su formación y desarrollo. *Igualmente, al ser los niños sujetos de protección constitucional reforzada, atraen de manera prioritaria las actuaciones oficiales y particulares que les concierna. Así, en todas las situaciones en que entren en conflicto los derechos e intereses de los niños y los de las demás personas, deberá dárseles prelación a aquellos. Las autoridades administrativas y judiciales encargadas de determinar el contenido del interés superior de los niños en casos particulares cuentan con un margen de discrecionalidad importante para evaluar, al aplicar la preceptiva atinente y ante las circunstancias fácticas de los menores de edad involucrados, la solución que mejor satisfaga dicho interés. Al tiempo, la definición de dichas pautas surgió de la necesidad de recordar los deberes constitucionales y legales que tienen las autoridades en relación con la preservación del bienestar integral de niños, niñas y adolescentes, que requieren su protección, lo cual obliga a jueces y servidores administrativos a aplicar un grado especial de diligencia y cuidado al momento de decidir, más tratándose de niños de corta edad, cuyo desarrollo puede verse afectado en forma definitiva e irremediable por cualquier decisión adversa a sus intereses y derechos⁹.*

Respecto al artículo 43 y la salvaguarda de los derechos de las madres gestantes, ha indicado la Corte en su Sentencia SU-070 de 2013:

“Este enunciado constitucional implica a su vez dos obligaciones: la especial protección estatal de la mujer embarazada y lactante, sin distinción, y un deber prestacional también a cargo del Estado: otorgar un subsidio cuando esté desempleada

*o desamparada. En el mismo sentido, el Estado colombiano se ha obligado internacionalmente a garantizar los derechos de las mujeres durante el periodo de gestación y lactancia. Existe una obligación general y objetiva de protección a la mujer embarazada y lactante a cargo del Estado. Es decir, **se trata de una protección no solo de aquellas mujeres que se encuentran en el marco de una relación laboral sino, en general, de todas las mujeres**”.*

A su vez, la Corte ha expuesto la necesidad apremiante que le asiste al Estado en la protección de las mujeres en embarazo, puesto que en ellas reside la integración de la familia como la primera institución social:

*“En desarrollo de los postulados del Estado Social de Derecho, la Constitución ha considerado que la mujer en estado de embarazo conforma una categoría social que, por su especial situación, resulta acreedora de una particular protección por parte del Estado. En consecuencia, se consagran, entre otros, el derecho de la mujer a tener el número de hijos que considere adecuado, a no ser discriminada por razón de su estado de embarazo, **a recibir algunos derechos o prestaciones especiales mientras se encuentre en estado de gravidez y al amparo de su mínimo vital durante el embarazo y después del parto.** Adicionalmente, la especial protección constitucional a la mujer en embarazo se produce con el fin de proteger integralmente a la familia”¹⁰.*

EXPERIENCIA NACIONAL

Desde el Concejo de Bogotá, D. C., se han presentado iniciativas normativas similares a la que hoy ponemos de presente en este proyecto de ley, tal como la presentada por los entonces concejales Orlando Castañeda Serrano, Clara Lucía Sandoval, María Angélica Tovar, Nelly Patricia Mosquera, Fernando López Gutiérrez, Carlos Fernando Galán, Felipe Ríos, Julio César Acosta, Henry Castro, Darío Fernando Cepeda y Carlos Orlando Ferreira, en el Proyecto de Acuerdo número 111 de 2009, por medio del cual se crean los bancos de provisión para el área de maternidad en los hospitales públicos ubicados en el Distrito Capital y se establece su funcionamiento a través de sistemas de donaciones, el cual buscaba crear bancos de provisión de elementos para el área de maternidad en los hospitales públicos del Distrito Capital para proporcionar a la madre gestante y al recién nacido los implementos necesarios para recibir atención en el momento del parto y nacimiento, esto en el caso de que alguna madre llegue al centro médico sin los elementos requeridos para su atención.

EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Es importante establecer que este tipo de iniciativas, como lo son la entrega de paquetes de productos para el cuidado de los neonatos, surgió

⁸ Sentencia C-273/03 www.constitucional.gov.co.

⁹ Sentencia T-075/13 www.constitucional.gov.co.

¹⁰ Sentencia T-373/98 www.constitucional.gov.co.

en **Finlandia** con el *Maternity Grants Act*¹¹ de 1937, y a partir de 1938 se empezaron a entregar las cajas del *maternity package*, el cual fue en un principio pensado para las madres de bajos recursos.

Esta política nació para contrarrestar la alta mortalidad infantil en el país y el bajo acceso de las mujeres finlandesas al servicio público de salud durante su embarazo. 79 años después de su puesta en marcha, Finlandia ha entregado más de 40.000 de estos paquetes de maternidad y ha logrado mantener uno de los niveles más bajos de muerte infantil y materna en todo el mundo¹².

La caja de hoy en día en Finlandia contiene¹³



- Colchón, funda de colchón, edredón, manta, saco de dormir/edredón para dormir
- La misma caja funciona como una cuna
- Traje para la nieve, gorro, guantes y botas aislantes
- Traje ligero encapuchado y monos de punto
- Calcetines y manoplas y sombrero y pasamontañas de punto
- Monos y ropita en diferentes colores y estampados unisex
- Toalla de baño con capucha, tijeras de uñas, cepillo de pelo, cepillo de dientes, termómetro de baño, crema de pañales, estropajo para el baño
- Pañal de tela y trapos para limpiar a los bebés
- Libro de imágenes y juguetes para la dentición
- Parches para los pechos, condones

Otras experiencias internacionales:

• **CANADÁ**

Establecieron el programa llamado Bienvenido a la Paternidad, “*Welcome to Parenthood*” a partir de enero de 2016, donde se distribuirían alrededor de 1.500 cajas a padres canadienses¹⁴.



En Canadá, estas cajas contienen almohadillas para el pecho de la madre, juguetes de peluche, enterizos para el bebé, un colchón con el cual se puede convertir la caja en una cuna y además de ello un video *online* para los padres con preguntas y respuestas más comunes sobre bebés¹⁵.

• **ARGENTINA**

El Ministerio de Salud Pública, mediante la Resolución 19 de 2015, creó el Programa Nacional de Acompañamiento de la Madre y del Recién Nacido “*Qunita - Un Comienzo de Vida Equitativo*”¹⁶, con el cual se buscaba acompañar a las madres tanto durante el embarazo con la realización de controles prenatales como luego del parto, en los primeros meses del bebé, con la entrega de una cuna y varios elementos que ayudarían a la madre al cuidado del mismo.

El programa incluye¹⁷

- Indumentaria para el recién nacido: dos conjuntos enteros de manga larga, dos de manga corta, dos pantalones, tres pares de medias, un gorro, un abrigo polar, un par de escarpines y dos sacos de dormir.
- Portabebé, bolso materno y bolso cambiador con artículos de higiene para la madre y el recién nacido: termómetro digital, algodón, crema de caléndula, crema hidratante, protectores mamarios y preservativos, bata, camión y pantuflas.
- Otros elementos de uso cotidiano, como chupete, babero, mordillo, sonajero.
- Libro de cuentos infantiles y guía de cuidados para la mamá y el bebé.



¹¹ <http://www.kela.fi/web/en/maternity-grant-history>

¹² <http://www.kela.fi/web/en/maternity-grant-history>

¹³ <http://www.kela.fi/web/en/maternitypackage>

¹⁴ http://www.huffingtonpost.ca/2015/12/30/baby-box-canada_n_8889784.html

¹⁵ <http://www.macleans.ca/society/health/the-magic-of-finlands-baby-boxes-every-mom-gets-one/>

¹⁶ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/240000-244999/244902/texact.htm>

¹⁷ http://passthrough.fw-notify.net/download/234553/http://www.casarsada.gob.ar/pdf/QUNITA_Presidencia.pdf

El Ministerio de Salud de Argentina estableció una ruta para el acceso a de las madres al programa y de esa manera llevarlas al sistema de salud, permitiendo una atención oportuna durante el embarazo.



• **CHILE**

El 12 de septiembre del año 2009 se promulgó la Ley 20379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema

de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Es un sistema de protección integral a la infancia y tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor⁶¹.

Como parte de las prestaciones del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, se estableció el Programa de Apoyo al Recién Nacido, dentro del cual se entrega el 'Ajuar', este se entrega como **apoyo en elementos prácticos y educativos a través de un Set de Implementos Básicos** para recién nacidos, otorgando un espacio cómodo y seguro para la llegada del (la) niño(a) y elementos para favorecer el desarrollo del apego durante la crianza⁶².

Este ajuar viene con cuna corral equipada; vestuario para el niño; bolso para transportar los implementos; set de elementos de cuidado, como toalla, mudador y pañales; cartilla informativa para promover el apego entre la madre y el hijo; cojín para embarazadas y lactancia; y portabebé.⁶³

¿Qué contiene el Set de Implementos Básicos del Recién Nacido/a?

- 1. Paquete cuna corral equipada**
 - Cuna armable con colchón y funda.
 - Juego de sábanas.
 - Frazada tipo polar.
 - Colcha tipo plumón.
- 2. Paquete de cuidados básicos y estimulación**
 - Mudador de plástico plegable.
 - Crema regeneradora para coceaduras.
 - Aceite para masajes.
 - Jabón líquido PH neutro, sin perfume e hipoalérgico.
 - Alfombra armable de goma EVA para estimulación.
 - DVD con cápsulas educativas.
 - Libro Te cuento mi cuento.
 - Móvil de estimulación.
 - Mi primer libro.
- 3. Paquete de apego y vestuario**
 - Cojín para lactancia.
 - Portabebé tipo Mei Tai.
 - Cartilla educativa sobre crianza temprana "Ya estoy aquí".
 - Tres pañales de tela de algodón.
 - Una toalla de baño con gorro.
 - Mochila de transporte para artículos de bebé.
 - Vestuario talla 3 a 6 meses:
 - 1 Pilucho body.
 - 1 Panty.
 - 1 Camiseta manga larga.
 - 1 Entero tipo osito manga larga con pie.
 - 1 Gorro modelador para recién nacido/a.
 - 1 Par de calcetines.

¹⁸ <http://www.crececontigo.gob.cl/2014/novedades/a-cinco-anos-de-la-ley-que-institucionalizo-chile-crece-contigo/>

¹⁹ <http://www.crececontigo.gob.cl/preguntas-frecuentes/?stage=gestacion>

²⁰ <http://www.crececontigo.gob.cl/programa-de-apoyo-al-recien-nacido-ajuares/>

• **PERÚ**

En el mes de diciembre de 2014 se publica la Resolución Ministerial número 997-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional “Bienvenidos a la Vida”, que tiene por finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida y la reducción de los riesgos a los que se expone el recién nacido de las poblaciones más vulnerables, luego de su nacimiento y durante los primeros días de vida.

Las cajas de ‘Bienvenidos a la Vida’ que se les dan a las mamás y sus bebés son un kit de insumos que comprende sábanas, mantas, vestimenta para el bebé, pañales, ajuar y material de higiene para la madre y el bebé. Además de una caja que le brindará al recién nacido un espacio seguro para dormir⁶⁴.



• **MÉXICO**

Mediante el “Acuerdo por el que se instrumenta el mecanismo de prevención de la salud, asistencia social, fomento al apego y protección, de las

V. PLIEGO DE MODIFICACIONES²¹²²²³

madres a sus niñas y niños desde su nacimiento denominado ‘cunas-CDMX’”, la jefatura de gobierno del Distrito Federal estableció el “Programa de promoción a la salud, asistencia social, fomento al apego y protección, de las madres a sus niñas y niños desde su nacimiento Cunas-CDMX Cunas-CDMX”⁶⁵. Este acuerdo entró en vigencia en diciembre de 2015.

Este es un programa social a través del cual se entregan paquetes de maternidad a mujeres embarazadas y a quienes tienen niñas y niños de hasta dos meses de edad que vivan preferentemente en unidades territoriales de muy bajo y bajo índice de desarrollo social (IDS)⁶⁶.

IV. PROPOSICIÓN

En atención a las consideraciones presentadas y al pliego de modificaciones expuesto, solicitamos a los honorables Representantes a la Cámara dar trámite en segundo debate al Proyecto de ley número 150 de 2017 Cámara, *por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia y se dictan otras disposiciones, conforme al texto original expuesto aprobado en primer debate.*

Cordialmente,

Mariá Cristina Soto de Gómez
 MARÍA CRISTINA SOTO DE GÓMEZ
 Coordinadora ponente

Norma Hurtado Sánchez
 NORMA HURTADO SANCHEZ
 Ponente

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTA PARA SEGUNDO DEBATE
<p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley busca establecer medidas de protección para la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país, de los estratos 1 y 2 cuyos ingresos no superen un salario mínimo mensual legal vigente.</p> <p>Serán atendidas de forma prioritaria las mujeres gestantes teniendo en cuenta criterios como vulnerabilidad, brechas sociales y económicas, discapacidad, el pertenecer a zonas rurales, ser víctimas por el conflicto armado y la pertenencia a grupos étnicos.</p> <p>Artículo 2°. <i>Kit neonatal.</i> Durante el último mes de gestación previo a la fecha posible del parto, se entregará a las mujeres gestantes un kit de bienvenida al recién nacido, el cual permitirá el nacimiento en condiciones igualitarias a los neonatos en el país.</p> <p>Este kit contendrá, como mínimo, prendas en colores neutros de género, frazadas, pañales, productos de higiene de bebé y un pequeño colchón para que la caja contenedora de los productos pueda usarse como cuna.</p>	<p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley busca establecer medidas de protección para la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las madres de escasos recursos del país de los estratos 1 y 2 cuyos ingresos no superen dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p> <p>Serán atendidas de forma prioritaria las mujeres gestantes teniendo en cuenta criterios como vulnerabilidad, brechas sociales y económicas, discapacidad, el pertenecer a zonas rurales, ser víctimas por el conflicto armado y la pertenencia a grupos étnicos.</p> <p>Artículo 2°. <i>Kit neonatal.</i> Durante el último mes de gestación antes a la fecha posible del parto, previa capacitación, se entregará a las madres un kit de bienvenida al recién nacido, el cual permitirá el nacimiento en condiciones igualitarias a los neonatos en el país.</p> <p>Este kit contendrá, como mínimo, prendas en colores neutros de género, frazadas, pañales, productos de higiene de bebé y un pequeño colchón para que la caja contenedora de los productos pueda usarse como cuna.</p>

²¹ <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=15916>

²² <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/5526.htm>

²³ <http://sui.dif.df.gob.mx/sui/subsistemas/registros/cunas/>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTA PARA SEGUNDO DEBATE
<p>Parágrafo 1°. El kit neonatal podrá contener un número mayor de elementos de los aquí contemplados según las necesidades determinadas por los entes territoriales en el momento de ejecutar el programa.</p> <p>Parágrafo 2°. El kit neonatal de bienvenida al recién nacido tendrá un enfoque diferencial; los productos que lo integren deberán estar acordes con la idiosincrasia de la región, el clima.</p> <p>Artículo 3°. Las mujeres gestantes que deseen acceder a este beneficio deberán inscribirse ante la EPS o la entidad de salud tratante durante los cinco primeros meses de gestación y acudir mínimo a una consulta de control prenatal mensual. Las EPS o entidades de salud tratante deberán enviar un reporte mensual a las cajas de compensación familiar donde indiquen el cumplimiento de las consultas de control prenatal.</p> <p>Artículo 4°. Además del subsidio familiar contemplado en la Ley 21 de 1982, las cajas de compensación familiar serán las encargadas de entregar a su cuenta, el kit neonatal contemplado en esta ley, de los recursos recaudados según el artículo 43 de dicha ley, a los núcleos familiares que tengan una madre en embarazo.</p> <p>Artículo 5°. Los núcleos familiares que no tengan afiliado a una caja de compensación familiar obtendrán este beneficio a través del sistema subsidiado de seguridad social en salud.</p> <p>Artículo 6°. Dentro de las políticas de compra del Estado colombiano se propenderá a la selección de empresas nacionales para la compra de los productos que componen el kit neonatal.</p> <p>Artículo 7°. Las empresas privadas, dentro de sus programas de responsabilidad social empresarial, establecerán convenios con las secretarías de salud distritales y/o municipales en aras de apoyar material y/o económicamente la implementación del beneficio.</p> <p>Artículo 8°. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley en un término no mayor a seis meses posteriores a su promulgación.</p> <p>Artículo 9°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Parágrafo 2°. El kit neonatal de bienvenida al recién nacido tendrá un enfoque diferencial; los productos que lo integren deberán estar acordes con la idiosincrasia de la región y el clima.</p> <p>Artículo 3°. Las mujeres gestantes que deseen acceder a este beneficio deberán inscribirse ante la EPS o la entidad de salud tratante durante los cinco primeros meses de gestación y acudir a las 9 consultas de control prenatal. Las EPS o entidades de salud tratante deberán enviar un reporte mensual a las cajas de compensación familiar donde indiquen el cumplimiento de las consultas de control prenatal.</p> <p>Artículo 8°. El Ministerio de Salud y Protección Social, acompañado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, reglamentarán la presente ley y diseñarán la política de prevención de mortalidad infantil en un término no mayor de seis meses.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar presentarán ante el Congreso de la República un informe anual sobre los avances y la efectividad de la medida.</p>

VI. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 150 DE 2017 CÁMARA

por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley busca establecer medidas de protección para la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las

madres de escasos recursos del país de los estratos 1 y 2 cuyos ingresos no superen dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Artículo 2°. *Kit neonatal.* Durante el último mes de gestación antes a la fecha posible del parto, previa capacitación, se entregará a las madres un kit de bienvenida al recién nacido, el cual permitirá el nacimiento en condiciones igualitarias a los neonatos en el país.

Parágrafo 1°. El kit neonatal podrá contener un número mayor de elementos de los aquí contemplados según las necesidades determinadas por los entes territoriales en el momento de ejecutar el programa.

Parágrafo 2°. El kit neonatal de bienvenida al recién nacido tendrá un enfoque diferencial; los productos que lo integren deberán estar acordes con la idiosincrasia de la región y el clima.

Artículo 3°. Las mujeres gestantes que deseen acceder a este beneficio deberán inscribirse ante la EPS o la entidad de salud tratante durante los cinco primeros meses de gestación y acudir a las nueve consultas de control prenatal. Las EPS o entidades de salud tratante deberán enviar un reporte mensual a las cajas de compensación familiar donde indiquen el cumplimiento de las consultas de control prenatal.

Artículo 4°. Además del subsidio familiar contemplado en la Ley 21 de 1982, las cajas de compensación familiar serán las encargadas de entregar a su cuenta, el kit neonatal contemplado en esta ley, de los recursos recaudados según el artículo 43 de dicha ley, a los núcleos familiares que tengan una madre en embarazo.

Artículo 5°. Los núcleos familiares que no tengan afiliado a una caja de compensación familiar obtendrán este beneficio a través del sistema subsidiado de seguridad social en salud.

Artículo 6°. Dentro de las políticas de compra del Estado colombiano se propenderá a la selección de empresas nacionales para la compra de los productos que componen el kit neonatal.

Artículo 7°. Las empresas privadas, dentro de sus programas de responsabilidad social empresarial, establecerán convenios con las secretarías de salud distritales y/o municipales en aras de apoyar material y/o económicamente la implementación del beneficio.

Artículo 8°. El Ministerio de Salud y Protección Social, acompañado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, reglamentarán la presente ley y diseñarán la política de prevención de mortalidad infantil en un término no mayor de seis meses.

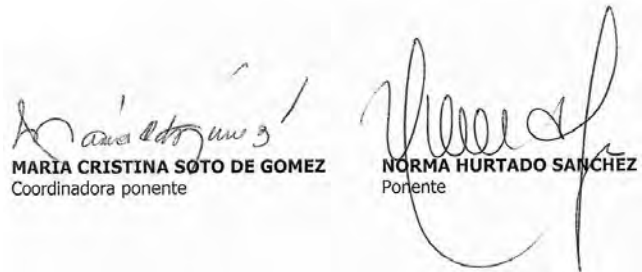
Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar presentarán ante el Congreso de la República un informe anual sobre los avances y la efectividad de la medida.

Artículo 9°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PROPOSICIÓN

En atención a las consideraciones presentadas y al pliego de modificaciones expuesto, solicitamos a los honorables Representantes a la Cámara dar trámite en segundo debate al Proyecto de ley número 150 de 2017 Cámara, *por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia y se dictan otras disposiciones*, conforme al texto original expuesto aprobado en primer debate.

Cordialmente,



MARIA CRISTINA SOTO DE GOMEZ
Coordinadora ponente

NORMA HURTADO SANCHEZ
Ponente

CONTENIDO

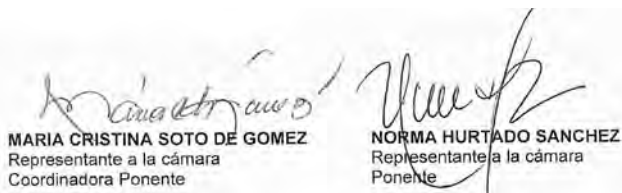
Gaceta número 866 - viernes 19 de octubre de 2018

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Informe de ponencia positiva para primer debate del proyecto de ley número 064 de 2018 cámara, por el cual se eliminan las prácticas taurinas en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia y texto propuesto para segundo debate y texto definitivo aprobado en primer debate al proyecto de ley número 063 de 2017 cámara, “por medio de la cual se garantizan los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de Parto Humanizado”.	5
Informe de ponencia para segundo debate en cámara del Proyecto de Ley número 150 de 2017 cámara, por medio de la cual se establecen medidas tendientes a proteger la primera infancia mediante la entrega del kit neonatal a las mujeres gestantes de escasos recursos del país y se dictan otras disposiciones.....	26



MARIA CRISTINA SOTO DE GOMEZ
Representante a la cámara
Coordinadora Ponente

NORMA HURTADO SANCHEZ
Representante a la cámara
Ponente