



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL



Trámite **242005**
Codigo validación **U4MACI92D6**
Tipo de documento MEMORANDO INTERNO
Fecha recepción 15-mar-2016 08:10
Numeración documento pan-gr-2016-0538
Fecha oficio 14-mar-2016
Remitente RIVADENEIRA BURBANO
GABRIELA ALEJANDRA
Función remitente PRESIDENTA
remitente
Revise el estado de su trámite en:
<http://tramites.asambleanacional.gob.ec/its/estadoTramite.jsf>

Oficio No. PAN-GR-2016-0538

Quito, 14 de marzo de 2016

Señora Doctora
Rosana Alvarado
PRIMERA VICEPRESIDENTA DE LA ASAMBLEA NACIONAL
En su despacho.-

Anexas: 11 fojas

De mi consideración:

De conformidad con la Ley Orgánica de la Función Legislativa, publicada en el Registro Oficial Nro. 63 de 10 de noviembre del 2009, artículo 54 numeral 1), que establece que la iniciativa para presentar los proyectos de ley corresponde a los asambleístas con el apoyo de una bancada legislativa o de al menos el cinco por ciento de sus miembros, me permito presentar, en calidad de asambleísta nacional, el Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado.

Este Proyecto cuenta con el respaldo necesario para el tratamiento en el Pleno de la Asamblea Nacional.

Atentamente,

Gabriela Rivadeneira Burbano

PRESIDENTA DE LA ASAMBLEA NACIONAL



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Según datos consignados por algunos hospitales del país, el parto por cesárea representa el 32.83% del total de nacimientos (Ministerio de Salud Pública, 2008). Las mujeres entre los 24 y 33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, compromiso del bienestar fetal y la hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Tan solo en un 51.84% existe correlación clínico-quirúrgica, en tanto que un 48.16% no presenta esta relación.

El porcentaje de cesáreas se ha ido incrementando considerablemente tanto en el ámbito de salud privado como público, superando así lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo tanto es necesario establecer parámetros que permitan una mejor valoración clínica materna, para evitar, en lo posible, una cesárea no indispensable, disminuyendo así el riesgo en la salud del binomio madre-hijos, así como también permitiendo reducir gastos institucionales.

En Ecuador, donde los nacimientos de forma natural predominaban hasta hace diez años, hoy estos han perdido espacio frente a las cesáreas. Aumentaron casi 16 puntos desde el 2004 de 25,8 % a 41,2 %, según los resultados de la segunda parte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, referente a salud sexual y reproductiva.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

La escasa difusión de investigaciones realizadas sobre los casos de cesáreas inducidas por los médicos, sin justificación clínica, exige que se supervisen las prácticas médicas que afectan las preferencias de la madre gestante al sobredimensionar los riesgos del parto humanizado y omitir los riesgos y futuras consecuencias del parto por cesárea o fórceps, para la madre y el recién nacido, pues viola el derecho al consentimiento informado y, con ello, los derechos reproductivos de la mujer.

En este campo es importante destacar que en la determinación del medio más adecuado para el parto se ha detectado violencia obstétrica relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información; con la deficiente atención y acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de calidad, así como con los fallos del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, es consecuencia de las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud idóneos y la desinformación de las mujeres sobre sus derechos reproductivos, entre otras cuestiones. Esta problemática se agrava en casos de mujeres en situaciones de mayor riesgo, por su condición de etnia, estatus económico y edad (mujeres indígenas, marginadas, niñas y adolescentes).

La violencia obstétrica constituye una violación a diversos derechos humanos de las mujeres y forma parte de una problemática nacional, invisibilizada y poco tratada por las instituciones públicas y privadas. Por este motivo es primordial que las entidades médicas prioricen el parto humanizado e integren a su personal en este proceso y los concienticen sobre la problemática.

Otro problema detectado es el costo como factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, ya que las cesáreas representan un gasto



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

significativo para los sistemas sanitarios ya de por sí sobrecargados e incluso debilitados.

Según datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud en América Latina, se muestra que la cesárea aumenta la probabilidad de muerte de la madre e incrementa la incidencia de infecciones y de tratamientos con antibióticos después del parto. Se conoce incluso que de los riesgos inmediatos para la madre, se pueden generar mayores peligros posteriores a una cesárea y, por ende, aumentar el peligro de que la madre presente placenta previa, lo que eleva la probabilidad de muerte fetal, en un siguiente embarazo. La cesárea implica procedimientos quirúrgicos, involucra ciertas dificultades con la anestesia, suturas, y un proceso de recuperación doloroso, una posible infección y probablemente inhabilidad para dar a luz a un bebé por vía vaginal, en el futuro. Sin embargo de estas consideraciones, la mujer embarazada, en uso pleno de sus derechos, está en capacidad de seleccionar el medio de parto que considere pertinente y adaptado a su idiosincrasia.

A partir del año 1980 en varios países se recomiendan políticas y prácticas para humanizar la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Diversos factores contribuyen a priorizarlas: la atención creciente a los derechos de las mujeres, parejas, niñas y niños y la importancia otorgada a estas cuestiones por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), así como las recomendaciones y procesos de certificación. Existe evidencia científica sobre los beneficios de una menor medicalización y de la atención humanizada; la presión de los usuarios (sobre todo usuarias), de las asociaciones de mujeres y de los profesionales que buscan optimizar la atención sanitaria.



REPUBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

En el Ecuador se han generalizado dos prácticas de parto especialmente a través de cesáreas y el eutócico - normal que está asociado al parto vaginal y que en este Proyecto corresponde al parto humanizado.

Previo al análisis sobre la selección correcta del medio de parto, es indispensable ubicar a las mujeres embarazadas en dos grupos: el primero, el de las mujeres sin acceso a la salud, -reconocido como un derecho humano- y, consecuentemente, al que el Estado debe asegurar una adecuada atención del embarazo. En este grupo se generan tasas de cesáreas muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y esto explica la elevada mortalidad materna en nuestro país.

El segundo caso, el de mujeres con acceso a establecimientos privados de salud y de quienes se piensa que cuentan con información adecuada y con las que supuestamente, los servicios de salud privados funcionan de manera apropiada. Si la afectación de derechos de las mujeres pobres ocurre por falta de atención médica oportuna, en el caso de las mujeres no pobres, puede suceder por sobredimensionar su tratamiento.

A través del parto humanizado, motivo de este Proyecto, se reconoce el cuerpo femenino como un organismo sano, sabio, capaz de identificar sus necesidades y llevar a buen término el embarazo y el parto, así como de valorar los factores de riesgo y detección temprana de problemas, con prácticas médicas seguras.

Se considera parto humanizado a la propuesta integral hacia la maternidad en todas sus etapas, desde el embarazo hasta el posparto como un evento natural, seguro, saludable y trascendente para el que las mujeres están innatamente preparadas.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

La mujer aprende a escuchar al cuerpo, por lo tanto, es indispensable apoyar a la embarazada a restablecer la conexión con su fuerza instintiva a través de información y alternativas prácticas para que pueda vivir el parto como un hecho transformador y al final sea quien tome la decisión de cómo dar a luz.

El parto humanizado promueve la participación activa de la mujer; impulsa su protagonismo y el de su pareja en el acontecimiento del parto; y, respeta las decisiones que tome la madre acerca de su cuerpo y su bebé. Este tipo de parto brinda al bebé un nacimiento suave y cuidadoso y procura la salud de la mamá y el bebé sin subestimar la capacidad innata de la mujer para dar a luz, respetando el proceso natural del trabajo de parto. De esta manera se busca la satisfacción de las madres con respecto a la vivencia del parto, reduciendo el número de cesáreas no imprescindibles y de partos traumáticos.

En la elección de una experiencia de parto humanizado, también existen diferentes técnicas no médicas, ni farmacológicas que ayudan a dar comodidad a la mujer durante el parto, las mismas que sugieren diferentes secuencias de respiración, posturas y movimientos corporales que facilitan la mecánica del parto; uso de recursos externos como calor o frío, masajes, aromaterapia, música y hasta hipnosis para atravesar por la experiencia de manera en que los sentidos se enfoquen no en el dolor, sino en elementos que lleven a sentirse mejor durante el proceso.

El Parto Tradicional Humanizado (PTH) constituye la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo como válidas las formas culturales ancestrales de parto dentro de las instituciones públicas de salud.

Si es indispensable acudir a un parto por cesárea, el consentimiento informado es particularmente importante por sus efectos sobre la mortalidad y las complicaciones



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

futuras en la madre y en el recién nacido. Es evidente que la intervención quirúrgica por cesárea exige un internamiento más largo de la madre.

Durante más de treinta años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la declaración de la OMS.

Según esta Organización Internacional, no hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%.

Se llegó a esta conclusión a partir de la revisión de los datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesáreas, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados.

Desde esa investigación, y por diversos motivos todavía no determinados, las cesáreas han sido consideradas como un excelente medio de parto y se han vuelto más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

Cabe precisar, que la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, todavía no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento no es indispensable.

Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos inconvenientes son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral y que tienen que recurrir a centros médicos de baja calidad sanitaria y quirúrgica.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesáreas y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil.

Los responsables de la formulación de políticas sanitarias han expresado, cada vez con mayor énfasis, la necesidad de revisar la tasa de cesáreas recomendada.

La cesárea, reconoce la OMS, puede ser indispensable, cuando el parto vaginal supone un riesgo para la madre o el recién nacido. Pero esta, puede causar complicaciones, discapacidad o muerte, sobre todo en entornos que carecen de las instalaciones para realizar cirugías seguras. A nivel de población, dice la entidad, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las de mortalidad materna y neonatal.

Es lo que ocurre en Ecuador. El aumento de cesáreas en este tiempo no ha implicado una reducción en la tasa de muertes en madres, que ha sido variable en una década. Después de haber descendido de 65,4 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en el 2010, a 38,7; la tasa se incrementó en más de 30 puntos para el 2011 y pasó a 70,4. Según el último reporte del INEC del 2013, a 45,7 muertes de mujeres por 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, el país debe reducirla a 21, para cumplir con el quinto de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, acordados en el 2000 por la ONU y que dentro de la mejora de la salud materna se comprometió a reducir la mortalidad en un 75% entre 1990 y 2015.

A través de esta normativa se intenta que la práctica de cesáreas no se convierta en un negocio rentable y lucrativo para algunos médicos.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Muchas veces las embarazadas se resisten a un parto normal por la falta de conocimiento sobre todo el proceso de gestación y parto. Muchas mujeres creen que en un parto normal, arriesgarían su vida o la del bebé. Y en muchas ocasiones, las embarazadas sienten temor al momento de dar a luz porque los propios médicos de las clínicas las motivan y las atemorizan.

Está comprobado que el negocio de algunas clínicas privadas es ese: ofertar un servicio de cesárea rápido y oportuno que brinde al centro médico, réditos económicos satisfactorios.

Es necesario analizar las alternativas que llevan a que se practique una cesárea. De ellas se debería observar la o las que no afecten a la vida de la madre, a la de los infantes, al presupuesto familiar y a la vez brinden bienestar y satisfacción a la madre.

Algunos médicos escogen la cesárea porque les permite programar el momento del parto fuera del horario de consultas. Porque una intervención como esta, dura entre cuarenta y cinco minutos y una hora, mientras un parto normal requiere de mucho más tiempo para su atención.

Es indispensable recordar que algunas instituciones de salud no aplican los protocolos de atención de partos humanizados y normales emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, únicamente por los réditos económicos que les representan las cesáreas

De lo analizado se desprende la necesidad que desde el Estado se regule la aplicación de este tipo de intervención quirúrgica y que la cesárea sea considerada ideal, cuando se determine que es médicamente indispensable.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

CONSIDERANDO

Que la Constitución de la República, en su artículo 32 dispone: La salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva;

Que el artículo 35 de la Constitución de la República prevé que las mujeres embarazadas, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado;

Que la Constitución de la República en el artículo 43 expresa que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia;

Que la Constitución de la República en el artículo 358 determina que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional;



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Que la Carta Magna señala en el artículo 359 el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social;

Que la Constitución de la República establece en el artículo 360 que el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad;

Que la Norma Suprema, en el artículo 361, prescribe que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que la Constitución de la República en el artículo 363, numeral 6 manifiesta que el Estado será responsable de: Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto;

Que la Ley Orgánica de Salud establece en el artículo 21, que el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución;

Que la Ley Orgánica de Salud dispone en el artículo 25, que los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona;

Que la Ley Orgánica de Salud dispone en el artículo 26, que los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas; y,

Que la Autoridad Sanitaria Nacional emitió el Acuerdo 00005283, publicado en el Registro Oficial 575 de 28 de agosto de 2015, sobre los lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud; en el 2008 la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical; y mediante Acuerdo Ministerial No. 474 de 20 de agosto de 2008 la Guía Técnica para el Parto Culturalmente adecuado.

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, expide el siguiente:



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE PARTO HUMANIZADO

Artículo 1.- Objeto. La presente Ley regula los mecanismos para una adecuada atención integral del parto humanizado y normal en todos los casos en que los partos por cesárea, no sean médicamente indispensables.

Artículo 2.- Ámbito. Esta Ley aplica a todas las instituciones de salud que integran la Red Pública Integral de Salud.

Artículo 3.- Finalidad. La finalidad de la Ley es garantizar la atención a las mujeres durante su estado de gravidez y en el parto.

Artículo 4.- Principios. Son principios de la presente Ley: calidad, calidez, oportunidad, equidad, prevención, periodicidad, integralidad de tal manera que pueda brindarse mayor y mejor atención a quienes requieren mayor asistencia médica.

Artículo 5.- Enfoque de riesgo. Es disminuir los riesgos que se pueden derivar de la intervención de parto quirúrgico.

CAPÍTULO PRIMERO

**DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA Y OBLIGACIONES
DE LOS CENTROS DE SALUD DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO**

Artículo 6.- Tipo de parto. La mujer embarazada tiene derecho a elegir su tipo de parto entre el parto humanizado (eutócico) y el parto por cesárea. Si la madre decide el tipo de intervención por cesárea, deberá ser respetada, siempre y cuando su selección no implique riesgos para ella o el neonato.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Artículo 7.- Informe del parto. En el caso de las mujeres embarazadas, los médicos que se ven obligados a practicar una cesárea, entregarán un informe que justifique motivadamente la necesidad de dicha intervención. Este Informe será remitido a la Autoridad Sanitaria Nacional por la entidad de salud en la que se ejecutó la operación.

Cuando la cesárea sea practicada por consentimiento expreso de la mujer embarazada, se requerirá su autorización que deberá ser receptada por el médico o institución de salud en la que se la practique y enviada a la Autoridad Sanitaria respectiva.

Artículo 8.- Criterios para determinar la viabilidad de la cesárea. Para la realización de cesáreas médicamente indispensables se considerarán los protocolos y las disposiciones absolutas para este procedimiento dispuestas por el Ministerio de Salud Pública, que mediante acuerdo ministerial emite las regulaciones necesarias para precautelar la salud de la madre y el recién nacido, en este tipo de procedimientos.

CAPÍTULO SEGUNDO

RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES EN LA ATENCIÓN Y CONTROL DEL PARTO HUMANIZADO

Artículo 9.- Programas de atención integral. La Autoridad Sanitaria Nacional desarrollará programas de atención integral y de calidad para las mujeres durante las etapas de embarazo, parto y puerperio.

Artículo 10.- Control del parto. La Autoridad Sanitaria Nacional desarrollará un sistema de registro de partos por cesárea con el objeto de llevar un control sobre el número de procedimientos de ese tipo y también sobre su pertinencia.

Artículo 11.- Etapas de control prenatal. La Autoridad Sanitaria Nacional debe garantizar que la mujer embarazada acuda al control prenatal y acceda a los siguientes beneficios:

1. Diagnóstico de su salud.
2. Evaluación de riesgo de la gestación y si esta se mantiene estática o presenta variaciones y al respectivo seguimiento.
3. Visitas al domicilio cuando las condiciones geográficas y la infraestructura de la seguridad social lo permita.
4. Reciba un documento en el cual se estipulen las prácticas que no resulten aconsejables durante su embarazo y las que sean beneficiosas.
5. Asesoría nutricional.
6. Indagatoria sobre algún tipo de violencia, sea física, sexual o psicológica.
7. Prevención de infecciones y enfermedades.

Artículo 12.- Requisitos de atención de parto y posparto. En el caso de que la mujer embarazada acuda a un centro médico para recibir atención del parto, se deberá determinar en el expediente:

1. Fecha de ingreso de la mujer embarazada.
2. Número de semanas de embarazo.
3. Nombre y firma del médico que atenderá el parto.
4. Si el parto es considerado normal o de alto riesgo.
5. Nombre y firma de los funcionarios que atendieron el parto.
6. Persona que acompaña en el parto. En caso de que no se desee el acompañamiento durante el parto, se deberá firmar un documento que certifique ese particular.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

7. Con respecto a las prescripciones, deberán justificarse. Cuando se detecten irregularidades debe dejarse constancia de estas por medio de notas firmadas.
8. Dejar constancia sobre deficiencias, faltas u omisiones en personal, medicamentos y equipos.

CAPÍTULO TERCERO

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DE OTRAS PRÁCTICAS QUE ATENTAN CONTRA EL PARTO HUMANIZADO

Artículo 13.- Violencia obstétrica. Se considera violencia obstétrica la falta de respeto a la autonomía de las pacientes y a su derecho a la información, expresada en las siguientes conductas:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
3. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
4. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto humanizado, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer o en caso contrario, limitar el derecho de la mujer a que se le practique una cesárea cuando el parto humanizado sea imposible o complicado, poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como del bebé.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

La Autoridad Sanitaria Nacional a través del órgano de control correspondiente, establecerá las sanciones por el incumplimiento de esta disposición.

Artículo 14.- Obligaciones del personal de la institución médica. El personal de la institución médica deberá demostrar un trato cordial, digno y respetuoso hacia sus pacientes. Portará la identificación que permita a las pacientes determinar por quien son atendidas a fin de establecer las responsabilidades individuales de cada médica, médico u obstetra.

Artículo 15.- Auditoría de servicios. La Autoridad Sanitaria Nacional realizará una auditoría sobre los procedimientos y la calidad de los servicios de los centros médicos que atiendan partos.

Artículo 16.- Acceso al expediente. Cuando se denuncie violencia obstétrica y la paciente o persona autorizada lo solicite, el centro médico o médico tratante deberá facilitar en un plazo de veinticuatro horas una copia de la historia clínica o del expediente debidamente foliado y completo. De no cumplirse esta obligación, la Autoridad Sanitaria Nacional, impondrá al infractor una multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general.

Artículo 17.- Capacitación. Las instituciones y entidades de salud, de forma periódica, capacitarán al talento humano en la atención de partos humanizados, partos humanizados interculturales y partos por cesárea.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA ÚNICA.- Inclúyese como segundo párrafo del numeral 6 del artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud el siguiente texto:

“Los establecimientos de salud que atienden a mujeres embarazadas, partos y cesáreas, deben evaluar de manera correcta y cuidadosa a la



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

embarazada para decidir el parto más conveniente (humanizado o por cesárea) para el binomio madre-hijo, conforme con los protocolos y disposiciones emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Sin embargo, será la madre la que decida el tipo de intervención para el parto, siempre y cuando su selección no implique riesgos para ella o el neonato.

DISPOSICIÓN FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia, una vez que se publique en el Registro Oficial.

Dado y suscrito en la sede de la Asamblea Nacional, Quito Distrito Metropolitano, a los... del mes... de ...



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

**FIRMAS DE RESPALDO AL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE
PARTO HUMANIZADO**

Loreida Guisela Gudiño Mena	
Ximena Ponce León	
RAUL ABAD VELEZ	
MARRICHO PROAÑO	
GILBERTO GURMANGATE	
Verónica Rodríguez	
Ximena Peña	
Esteban Melo	
Mrs. Alejandra Ocles	

