



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 466

Bogotá, D. C., miércoles, 11 de mayo de 2022

EDICIÓN DE 9 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 NEGATIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 353 DE 2021 CÁMARA

por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., 4 de mayo de 2022

Honorable Representante
JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Presidente Comisión Séptima Constitucional
Cámara de Representantes
E. S. D.

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 353 de 2021 Cámara "Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones"

Respetado Señor Presidente:

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, como ponentes de esta iniciativa legislativa, nos permitimos rendir Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 353 de 2021 Cámara "Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones" en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Antecedentes de la Iniciativa
- II. Objeto y Contenido del Proyecto de Ley
- III. Consideraciones del Autor
- IV. Consideraciones de los Ponentes
- V. Causales de Impedimento
- VI. Pliego de Modificaciones
- VII. Proposición

I. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa fue radicada el 26 de octubre de 2021 en la Secretaría de la Cámara de Representantes por los Honorables Senadores Victoria Sandino Simanca Herrera, Julián Gallo Cubillo, Pablo Catatumbo Torres Victoria, Griselda Lobo Silva, Israel Alberto Zúñiga Iriarte, Iván Cepeda Castro, Jesús Alberto Castilla Salazar, José Aulo Polo Narváez, Feliciano Valencia Medina, Gustavo Bolívar Moreno, Aida Yolanda Avella Esquivel y los Honorables Representantes Omar De Jesús Restrepo Correa, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Luis Alberto Albán Urbano, Carlos Alberto Carreño Marín, Carlos Germán Navas Talero, Jairo Humberto Cristo Correa, León Fredy Muñoz Lopera, María José Pizarro Rodríguez, John Arley Murillo Benítez, Fabián Díaz Plata, César Augusto Pachón Achury, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Ángela María Robledo Gómez, José Luis Correa López, Ángel María Gaitán Pulido y David Ricardo Racero Mayorca.

Según la exposición de motivos el autor señala como antecedentes lo siguiente:

- El 28 de septiembre de 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, la cual fue aprobada por la tercera comisión encargada de asuntos sociales, humanitarios y culturales. Dentro de los argumentos para su aprobación se encuentra el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las comunidades campesinas debido al cambio climático, la pobreza rural, y factores económicos y productivos que les afectan. Esta declaración contempla un marco normativo que permitirá a los países formular y desarrollar políticas, planes y programas específicos dirigidas a mejorar y dignificar las condiciones de vida de las comunidades campesinas.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene como objeto crear el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir con el fin dar cumplimiento al punto 1.3.2.1 "Plan Nacional de Salud Rural" del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017. El proyecto está compuesto de sesenta (60) artículos incluidos su vigencia.

III. CONSIDERACIONES DEL AUTOR

Los autores sustentan la necesidad de la presente propuesta en lo estipulado en el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera de 2016.

En dicho acuerdo, se establece el compromiso de establecer una Reforma Rural Integral cuyo objetivo es el cierre de las brechas socioeconómicas entre el campo y la ciudad y fija una ruta para la consecución de dicho fin la cual es:

1. Infraestructura y Adecuación de Tierras
2. Desarrollo Social: Salud, Educación, Vivienda, Erradicación de la Pobreza
3. Estímulos de Producción Agropecuaria.
4. Seguridad Alimentaria

Frente a la propuesta del Acuerdo de Paz, el proyecto de ley propone de acuerdo a la exposición de motivos, "un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir que se concibe como una relación social, económico, ambiental y cultural que produce bienestar y calidad de vida". Propone además la creación de un seguro denominado el Buen Vivir Rural, a cargo del Estado y de carácter público, la creación de una subcuenta única que administrará los recursos del plan de salud rural bajo la rectoría de unidades descentralizadas y colegiadas, la vigilancia y control del sistema de salud rural será comunitario a través de la ampliación de la participación en los consejos territoriales y las veedurías comunitarias.

El modelo de atención en salud para la población rural que propone el proyecto de ley propone los siguientes componentes:

1. Atención Primaria Integral en Salud: el cual se resume en el enfoque tradicional de atención primaria ampliándolo al reconocimiento de nuevos factores como los culturales, ambientales, étnicos que propone la OMS.
2. El componente de los equipos territoriales en salud - la atención domiciliaria oportuna e interdisciplinar.
3. Centros de Atención Primaria en Salud Rural: serán referentes para la participación social, para el desarrollo de programas de prevención y promoción, para la capacitación de agentes comunitarios en salud, para la obtención y centralización de información, para el soporte a las medicinas tradicionales y ancestrales, y por supuesto, para la atención básica en salud.
4. El componente de formación de profesionales en salud, con el fin de garantizar la presencia del talento humano interdisciplinario en las zonas rurales.

5. La creación de un Observatorio para la Salud Rural el cual será el encargado de la investigación y estudio de la problemática de salud propia de las zonas rurales del país.
6. En cuanto a la financiación, se establece un porcentaje del Sistema General de Participaciones -SGP- para lo cual se propone la modificación de la Ley 715 de 2001 - Sistema General de Participaciones.

IV. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES

Si bien, la iniciativa persigue un fin loable y a lo largo de la lectura del proyecto se reafirma la necesidad de una atención diferencial en salud a los territorios rurales del país, los ponentes consideramos que el proyecto no es necesario por las siguientes razones:

1. En la actualidad el gobierno del presidente Iván Duque expidió el Plan Nacional de Salud Rural el cual fija como objetivo primordial "hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia."
2. El mismo documento³ establece las siguientes estrategias como herramienta para el cumplimiento del objetivo central del Plan Nacional de Salud Rural.
 - a. *Diseño de un Modelo Especial de Salud, incorporando un enfoque étnico regido por los principios de la libre determinación, autonomía y gobierno propio, participación, consulta y consentimiento previo libre e informado. De igual forma, supone la incorporación de los derechos a la identidad e integridad social, económica y cultural; los derechos sobre sus tierras, territorios y recursos, que implican el reconocimiento de sus prácticas territoriales ancestrales; el derecho a la restitución y fortalecimiento de su territorialidad; y, la efectiva implementación de los mecanismos vigentes para la protección y seguridad jurídica de las tierras y territorios ocupados o poseídos ancestralmente y/o tradicionalmente*³.

¹ Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud y de la Protección Social. file:///C:/Users/utl.hrceal/Downloads/Archivo%20Digital%20-%2008%20Plan%20Nacional%20de%20Salud.pdf

² Idem.

³ Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud y de la Protección Social. file:///C:/Users/utl.hrceal/Downloads/Archivo%20Digital%20-%2008%20Plan%20Nacional%20de%20Salud.pdf

- b. *Infraestructura, talento humano y redes de atención: acercar la oferta de servicios de salud para facilitar el acceso a infraestructura, realizar el despliegue de talento humano y, consecuentemente, la configuración de redes de atención*⁴.
- c. *Integralidad: aunque el PNSR responde al punto 1 del Acuerdo Final, no debe olvidarse la integralidad del acuerdo. Por este motivo se señala la forma en que este Plan se articula con las demás obligaciones sectoriales en la implementación de acciones de salud pública (seguridad alimentaria y nutricional, consumo de sustancias psicoactivas, salud materno-infantil, rehabilitación psicosocial y salud ambiental)*⁵.

3. Finalmente la propuesta del Gobierno Nacional, fija un anexo presupuestal estimado para el periodo 2021-2033 de \$2.937.092.268.135 pesos colombianos.

Índice	Fuente	Presupuesto 2017	Presupuesto 2018	Presupuesto 2019-2021	Presupuesto 2021-2026	Presupuesto 2027-2031
Índice de Centros de Salud Comunitarios organizados en territorios definidos en el Programa Plan	PGN Funcionamiento	\$	\$	4.923.282.000,00	15.592.000.000,00	19.659.000.000,00
Porcentaje de Centros de salud comunitarios organizados en municipios PDET	PGN Inversión	\$	\$	188.035.298,37	1.184.000.000,00	1.184.000.000,00
Porcentaje de personal de atención en infraestructura en salud y talento humano en municipios PDET, municipios definidos en el Programa Plan Social MSPS	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	1.400.000.000,00
Porcentaje de personal de atención en infraestructura en salud y talento humano en municipios PDET, municipios definidos en el Programa Plan Social MSPS	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Saldo de pendientes de salud pública con enfoque de salud pública en la modalidad de intervenciones en los municipios PDET	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Saldo de pendientes de salud pública con enfoque de salud pública en la modalidad de intervenciones en los municipios PDET	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$

⁴ Idem.
⁵ Idem.

Densidad estimada de talento humano en salud por 10 000 habitantes (en millones de habitantes)	PGN Inversión	0	0	42.002.404	42.002.404	52.903.002
Den. salud y atención de salud humana en salud por 10 000 habitantes (en millones de habitantes)	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Porcentaje de talento humano en salud pública y para zonas rurales (en millones de habitantes)	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Porcentaje de talento humano en salud pública y para zonas rurales (en millones de habitantes)	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Porcentaje de talento humano en salud pública y para zonas rurales (en millones de habitantes)	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Porcentaje de talento humano en salud pública y para zonas rurales (en millones de habitantes)	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$

Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	0	0	17.857.000	\$	22.500.000
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementación	PGN Inversión	\$	\$	\$	\$	\$
Total Vigente		190.929.318.750	190.919.748.570	784.652.328.485	784.652.328.479	938.816.596.818
Total PNSR Recursos PGH Nación				\$		2.937.092.268.135

10.3. Anexo 3. Iniciativas de salud en municipios PDET

Tabla 4. Iniciativas en salud derivadas de los PDET

ESTRATEGIAS Y CATEGORIAS	CANTIDAD	%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	939	26,6%
Atención integral en salud en modalidad Extramural	264	8,0%
Atención a servicios especializados	305	5,7%
Atención integral a problemas y trastornos de la salud mental	141	4,0%
Prevención y Atención integral del consumo de sustancias psicoactivas	807	2,9%
Entrega de medicamentos	807	2,0%
Atención integral a personas con discapacidad	101	2,0%
INFRAESTRUCTURA DE SALUD	609	17,8%
Construcción de Puestos y Centros de Salud	296	9,2%
Mejoramiento de Puestos y Centros de Salud	203	9,8%
Construcción de Hospitales	63	3,8%
Mejoramiento de Hospitales	57	3,5%
ENFOQUE ÉTNICO EN SALUD	492	14,5%
Sistema indígena de Salud propia e interculturalidad	309	15,4%
Modelo de Salud Propia intercultural para (N)Bacules Negras, Afrodescendientes y Mestizas	181	7,9%
DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA	453	12,8%
Dotación de equipos	206	6,3%
Dotación de Ambulancias	22	6,4%
TALENTO HUMANO EN SALUD	271	6,0%
Contratación de profesionales	121	3,4%
Formación	46	1,9%
Contratación de técnicos	44	1,7%
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	200	5,7%
Problemas de salud sexual	116	3,7%
Derechos sexuales y derechos reproductivos	91	2,3%
Valoración integral a la primera infancia (0-6)	2	0,7%
Vacunación	2	0,6%
FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES COMUNITARIAS	182	4,8%
Fortalecimiento de Capacidades y Capacitación en Primeros Auxilios	182	4,8%
ADQUISICIÓN DE SALUD	148	4,2%
Adquisición de Salud	148	4,2%
SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	106	3,0%
Participación comunitaria	106	3,0%
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	76	2,2%
Prevención de Enfermedades Transmisibles por Vectores	76	2,2%
TOTAL	3526	100,0%

Fuente: Agencia de Renovación del Territorio. Datos presentados el 3 de octubre de 2020

4. Analizando lo anterior nos damos cuenta que la propuesta establecida por el Gobierno Nacional corresponde a un estudio más detallado y realista frente al actual sistema de salud y las realidades rurales propias de nuestro país y en la garantía de los derechos de la población rural.

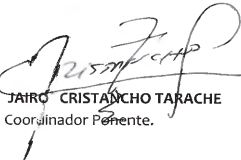
V. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

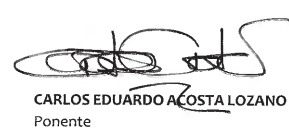
Conforme al artículo 3 de la ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la ley 5 de 1992, este proyecto de ley reúne las condiciones del literal a y b, de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la ley 5 de 1992, toda vez que es un proyecto de Ley de interés general, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

VI. PROPOSICIÓN

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicitamos a los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes ARCHIVAR el Proyecto de Ley No. 353 de 2021 Cámara "Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones" de conformidad con las consideraciones expuestas.

De los honorables Representantes,


JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 Coordinador Ponente.


CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
 Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 454 DE 2022 CÁMARA 191 DE 2020 SENADO

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

Bogotá, D. C., Mayo de 2022

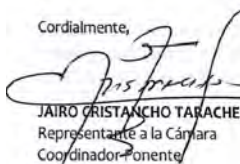
Doctor
JAIRO HUMBERTO CRISTO
 Presidenta Comisión Séptima Constitucional
 Cámara de Representantes
 Ciudad

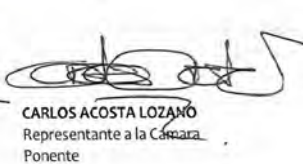
Señor Presidente, cordial saludo:

En cumplimiento de la designación que nos hiciera la Mesa Directiva de la H. Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, presento informe de **ponencia para primer debate del Proyecto de Ley 454 de 2022 Cámara 191 de 2020 Senado "por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones" o "ley de parto digno, respetado y humanizado"** en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Antecedentes de la Iniciativa
- II. Objeto y Contenido del Proyecto de Ley
- III. Consideraciones del Autor
- IV. Consideraciones de los Ponentes
- V. Causales de Impedimento
- VI. Proposición

Cordialmente,

JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 Representante a la Cámara
 Coordinador Ponente


CARLOS ACOSTA LOZANO
 Representante a la Cámara
 Ponente

I. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa fue radicada el 4 de agosto de 2020 en la Secretaría de la Senado de la República por los Honorable Representantes Jairo Cristancho Tarache, Teresa Enríquez Rosero y María Cristina Soto de Gómez, repartido a la comisión séptima del Senado donde se nombra ponente para el estudio del proyecto a las Senadoras Milla Patricia Romero, Laura Ester Fortich y al senador Jesús Alberto Castilla.

Fue aprobado en primer debate el 25 de mayo de 2021 y posteriormente en la plenaria de la misma corporación el 6 de abril de 2022.

Radicado en la Cámara de Representantes para su estudio el 27 de abril de 2022 y repartido a comisión séptima de la Cámara el 4 de mayo donde se designan como ponentes a los Representantes a la Cámara Jairo Cristancho Tarache y Carlos Eduardo Acosta

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 sólo tres debates de los cuatro reglamentarios por la ley 5 de 1992.
2. En la legislatura 2016-2017, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, radicó la iniciativa en marzo de 2017, la cual fue archivada por no alcanzar primer debate.
3. En la legislatura 2017-2018, la entonces Representante a la Cámara Clara Rojas, nuevamente radica la iniciativa, la cual fue aprobada en primer debate el 17 de mayo de 2018, y continúa su trámite en la legislatura 2018-2019.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO.

El proyecto de ley tiene como objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.

El proyecto está compuesto de trece (13) artículos incluida su vigencia.

III. CONSIDERACIONES DEL AUTOR

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, postparto, 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 postparto, 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, postparto, duelo gestacional o perinatal con los agentes de salud que prestan sus servicios a lo largo y ancho de nuestro país, con el fin de mejorar las condiciones en que los recién nacidos y sus madres son atendidos en Colombia.

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

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

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

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 postparto 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 Marin, 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 postparto 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.

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=inI&expSearch=458758&indexSearch=D>

Universidad Pontificia Bolivariana. Artículo Segundo de la Res

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

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, postparto 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 postparto³

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

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

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.

Los cambios generados en estos procesos atraviesan la sexualidad, de hecho la gestación, el parto y el postparto 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 postparto, 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 (Truissi et. al., 2004).

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

¹² Salim, N., Araujo, 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 Oñativia 2013). Comisión Nacional Salud Investiga, Buenos Aires.

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 (Nº 2), Pp. 31-34

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 las mujeres en embarazo, parto y postparto. 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.

¹⁶ Scott, K., Klaus, P., Klaus, M. (1999). Los Beneficios Obstétricos y Postparto 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.

- 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 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 Postgrado 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.

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.
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 DarioM; Ledesma R. Jenifer B; Muñoz M, Maria Cristina; Paja C, Adriana María y Suarez 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 Urra 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>

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.

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 post parto, 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

³⁰ Darras, C. Jiménez R. (1992). *Vivencia del Parto en la Maternidad Percy Boland* (Santa Cruz). *Car Med AIS*, Vol. 6 (Nº 2), Pp. 31-34.
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 (Nº24), 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.

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, postparto 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 reconocida ³⁷ 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-Manrique and Nieves-Cuervo 2017), la atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir sólo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; respetar su poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad, protegiendo siempre la vida, integridad y salud de la

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 IMBCCO, International MotherBaby Childbirth Organization. La Iniciativa Internacional para el Parto MadreBeBé: imbc. 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>

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.

IV. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES

1. El objeto del proyecto es garantizar los derechos de las 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 biológica⁴⁰.
3. La Escuela de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia señaló en la Sentencia SU 677-17 que la mayoría de las muertes maternas, fetales y neonatales son muertes evitables, que evidencian las condiciones de desigualdad e inequidad social en salud, en la medida en que muchas veces se producen como consecuencia de la falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos, por parte de las diferentes instituciones de salud. Afirmó que estos factores de desigualdad se traducen en maltrato,

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>

⁴⁰ Corte Constitucional SU 667-17

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 sobrecarga psíquica, física y social para la mujer, lo cual la obliga a utilizar todas sus reservas y en esa medida pueden presentar varios factores de riesgo como: mayores índices de depresión, enfermedades de múltiples etiologías o incluso la muerte. Otros factores externos como el desplazamiento forzado y la mala nutrición por falta de ingresos económicos pueden convertirse en factores de riesgo y afectar la salud de la gestante y del feto.

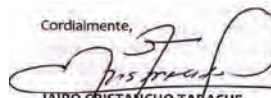
V. CAUSALES DE IMPEDIMENTO


Conforme al artículo 3 de la ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la ley 5 de 1992, este proyecto de ley reúne las condiciones del literal a y b, de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la ley 5 de 1992, toda vez que es un proyecto de Ley de interés general, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

VI. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos en el marco de la Constitución Política y la Ley, solicitamos a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al **Proyecto de Ley 454 de 2022 Cámara 191 de 2020 Senado** “por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto digno, respetado y humanizado” acorde al texto aprobado por el Senado de la República y que hace parte del informe de ponencia.

De los Honorables Representantes,

Cordialmente,

JAIRO CRISTÓBAL TARACHE
 Representante a la Cámara
 Coordinador Ponente


CARLOS ACOSTA LOZANO
 Representante a la Cámara
 Ponente

VII. TEXTO PROPUESTO

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY No. 454 DE 2022 CÁMARA 191 DE 2020 SENADO. “POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCEN LOS DERECHOS DE LA MUJER EN EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES O “LEY DE PARTO DIGNO, RESPETADO Y HUMANIZADO”

El Congreso De Colombia
 Decreta

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, conciencia 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 acorde a lo establecido en la normatividad actual vigente o demás que lo modifiquen.

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

Alimentos: todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral. Los alimentos comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto.

Patria potestad: Es el conjunto de derechos y facultades que la ley atribuye al padre y a la madre sobre la persona y bienes de los hijos no emancipados, para facilitar a aquellos el cumplimiento de los deberes que su condición les impone, es decir, para garantizar respecto de los hijos su protección, bienestar y formación integral, desde el momento

<p>mismo de la concepción, y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado. La patria potestad corresponde ejercerla de manera privativa y conjunta a los padres, y a falta de uno al otro, existiendo la posibilidad de que sea delegada entre ellos mismos.</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> <p>Artículo 4°. 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"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo acorde a sus costumbres 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 y a ser atendida sin barreras administrativas. 7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto que describa las causas y efectos del duelo gestacional y perinatal 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 régimen de afiliación 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, las causas y los efectos del duelo gestacional y perinatal, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de 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 actores del sistema de la salud encargados de su atención.
<ol style="list-style-type: none"> 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 actores del sistema de la salud y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea. 11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la 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 actores del sistema de la salud que le atenderá en parto. 12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas: <ol style="list-style-type: none"> 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 de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto. c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto. d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto. e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros 13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante 	<ol style="list-style-type: none"> 14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido. 15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental y acompañamiento espiritual de manera voluntaria de acuerdo a sus creencias, esta asistencia debe ser 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, esta asistencia también se brindará al padre y la familia que así lo necesite. 16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho. 17. A que todo procedimiento relacionado con su estado sea practicado por profesionales de la salud acreditados académicamente, sin perjuicio de las prácticas de medicina tradicional y ancestral de los grupos étnicos. 18. A que todo medicamento perteneciente al grupo de análogos de las prostaglandinas y antiprogéstágenos de uso en obstetricia, le sea suministrado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas. 19. A que todo procedimiento de dilatación/evacuación y curetaje obstétrico sea realizado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas, 20. 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. 21. 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. 22. A recibir información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del posparto y sobre las indicaciones sugeridas de conformidad con sus condiciones de salud y basadas en la evidencia científica actualizada.

<p>23. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado o sea solicitada de manera libre e informada por la mujer en el plan de parto por cesárea.</p> <p>24. 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.</p> <p>25. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; para ayudar a la mujer y/o la familia a superar el duelo y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho <u>el de su familia</u> a la intimidad.</p> <p>26. A que le sea entregada su placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.</p> <p>27. A reclamar los gastos del parto, sin perjuicio de la responsabilidad compartida de los padres que surge desde la concepción.</p> <p>Parágrafo 1. Cuando el reconocimiento de la paternidad se realice antes del nacimiento, en virtud de lo establecido por la Ley 75 de 1968, los derechos reconocidos en los numerales 4, 7, 10, 15, 22 y 25 serán también reconocidos al padre.</p> <p>Artículo 5°. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</p> <ol style="list-style-type: none"> Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique. 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. 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. 	<p>4. Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 7°. Derechos del recién nacido: Todo recién nacido tiene derecho:</p> <ol style="list-style-type: none"> A ser tratado con respeto y dignidad. A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. A recibir los cuidados y 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. 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. Al corte oportuno del cordón umbilical de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada. 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. 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. 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>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"> El Ministerio de Salud y Protección Social deberá promover la formación y actualización los actores del sistema de la salud para el cuidado de la mujer, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto lactancia, duelo gestacional y duelo perinatal, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada. El Ministerio de Salud y Protección Social 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, posparto, duelo gestacional y duelo perinatal, al feto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial. 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. Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos tanto de la mujer como de su acompañante cuando deban desplazarse fuera de su lugar de residencia. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares. Las autoridades judiciales y administrativas deberán respetar el principio de no discriminación en el marco de cualquier procedimiento que pueda afectar los derechos contenidos en la presente ley. Sus decisiones no podrán basarse en estereotipos de género, ni respecto de la maternidad, ni respecto de la paternidad. <p>Parágrafo 1. 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 profesionales 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, el duelo gestacional, el duelo perinatal y el nacimiento respetado y humanizado.</p>	<p>Parágrafo 2. La autoridad administrativa o judicial, no podrá excluir al presunto padre o restringirle derechos y deberes, salvo cuando las condiciones de seguridad y de protección del feto y de la madre lo exijan.</p> <p>Artículo 9. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la presente ley. Además de las demás obligaciones establecidas en el marco normativo del sistema de salud, serán obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la presente ley las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Preservar la salud y la vida de la mujer y del recién nacido. Promover la formación y actualización de los profesionales de la salud y demás actores involucrados en la atención y prestación del servicio para el cuidado de la mujer, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto lactancia duelo gestacional y duelo perinatal, para garantizar los derechos de la mujer, del feto y del recién nacido Promover la divulgación, de los lineamientos y establecer el plan estratégico emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto, duelo gestacional y duelo perinatal y al recién nacido Aplicar las guías prácticas de atención a la mujer en gestación, parto, posparto duelo gestacional, duelo perinatal, al feto y al recién nacido, expedidas por el ministerio de salud y de la protección social. Las EPS garantizarán la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia. En caso de que la gestante se encuentre en otro lugar diferente al consignado en el plan del parto, por medio de la historia clínica electrónica e interoperable, se brindarán las garantías para preceder de acuerdo a lo planeado previamente, así mismo, se permitirá que se eliminen las barreras administrativas o demoras en la atención, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud, podrán acceder con facilidad a la información de la gestante. <p>Artículo 10°. Pluralismo Cultural. 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> <p>Artículo 11°. Capacitación. 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</p>

CONTENIDO

Gaceta número 466 - miércoles 11 de mayo de 2022

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Informe de ponencia negativa para primer debate al proyecto de ley número 353 de 2021 Cámara, por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones. 1

Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto del proyecto de ley número 454 de 2022 Cámara 191 de 2020 Senado, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “ley de parto digno, respetado y humanizado”. 3

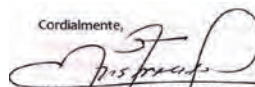

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2022

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 12°. Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los agentes de salud, sus colaboradores o de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado como falta a los fines sancionatorios, de conformidad con los procesos establecidos por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 13°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

Cordialmente,

JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

CARLOS ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara
Ponente