



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

Cartagena de Indias D. T. y C., octubre 06 de 2021

Doctor
WILSON TONCEL OCHOA
Presidente

HONORABLE CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA
Ciudad

REF: “POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LAS PRÁCTICAS DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

Cordial saludo,

Mediante la presente someto a consideración del Concejo Distrital de Cartagena de Indias, el Proyecto de Acuerdo al que alude la referencia, soportado en los fundamentos de hecho y derechos contemplados en la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objetivo General

Este proyecto tiene como objetivo institucionalizar las prácticas de parto humanizado en los hospitales, clínicas y otros centros de salud donde se atienda el parto en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Los procesos del embarazo y del parto, constituyen dos momentos cruciales en la gestación de una nueva vida al mundo. Por un lado, se tiene al niño o niña, los cuales simbolizan el resultado, o la culminación, de ese proceso en el cual una nueva vida se forma y viene a la vida. La culminación de un proceso en donde la sociedad recibe un nuevo miembro que podrá contribuir en gran o menor medida, al desarrollo de la comunidad en donde vaya a vivir. Del otro lado, se tiene a la mujer que ha sido el medio por el cual una nueva, invaluable vida, tuvo su desarrollo primigenio.

El presente Proyecto de Acuerdo puede brindar una mejoría para la salud e integridad física y psicológica de las madres gestantes, de los bebés recién nacidos, así como de los familiares de la madre. También contribuye a que se preserve y se mejore el bienestar de las madres gestantes y sus hijos e hijas recién nacidos. Más importante aún, este Proyecto de Acuerdo contribuiría a la preservación de las vidas tanto de la madre gestante como de los recién nacidos, así como a la consolidación del núcleo familiar y de los lazos que los unen; los vínculos entre las madres y sus hijos son estrechos prácticamente desde el día uno de la gestación, siendo la práctica del parto humanizado un medio para que esos vínculos se mantengan e incrementen aún más en su fuerza. Además, podría mejorar mucho la experiencia del parto en las madres gestantes, lo cual



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

también juega un papel importante en el reforzamiento de los vínculos entre las madres y los hijos, y por ende de los vínculos familiares. Adicionalmente, permite a la mujer gestante una mayor posibilidad de decisión acerca de cómo se debería desarrollar la labor del parto y de otros aspectos inherentes al mismo, haciendo que ella se torne efectivamente en el actor central e importante del proceso del parto.

Aquí se hace necesario resaltar las ya mencionadas ventajas que la institucionalización del parto humanizado traería consigo. En términos culturales y tradicionales, y aún sanitarios, se brindaría la posibilidad para que mujeres con considerable experiencia en la atención de partos de forma tradicional, así como de entera confianza de la madre gestante, puedan estar presentes y aportar de forma considerable a la labor del parto. De otro lado, el parto humanizado permite a la mujer disfrutar de una mayor tranquilidad, reduciendo el estrés a nivel psicológico y contribuyendo, por ende, al mantenimiento de una buena salud mental de las madres gestantes durante la labor del parto. Esto se debe a que mediante el parto humanizado existe la posibilidad de que la madre gestante disfrute de la compañía de su pareja o alguna otra persona de gran confianza para ella, permitiendo que ella tenga seguridad, tranquilidad y confianza durante las labores del parto.

Adicionalmente, la práctica del parto humanizado brindaría un cambio de enfoque y de implementación del parto en la ciudad y en donde se deje de lado una perspectiva netamente medicalizada, a la vez que se asume tanto a la madre gestante como al proceso mismo del parto como un proceso de gran importancia en donde una nueva vida viene al mundo, y en el que tanto la madre como el bebé recién nacido son ya sujetos de pleno derecho. En el mismo sentido, este cambio de perspectiva permite ver a la madre como una persona con sentimientos y con la posibilidad de elegir acerca del proceso mismo del parto. Más aún, la madre gestante se convierte en la protagonista central de todo el proceso del parto, lo cual permite un empoderamiento de la madre gestante y se tengan en cuenta la dignidad, autonomía y aún valores de ésta. Al mismo tiempo, se brinda un espacio considerable para una interacción más cercana entre todos los actores involucrados en el proceso del parto (es decir, la madre gestante, el personal que brinda asistencia médica y los familiares o personas cercanas de la madre). Esto implica una mejor comunicación y un entendimiento más directo y fluido entre la madre y el personal médico, facilitando a la madre gestante tener el rol central y decisivo durante el proceso.

Los recién nacidos también se verían muy beneficiados por la institucionalización del parto humanizado en el Distrito, puesto que los recién nacidos se ven menos expuestos a sufrir el estrés por cuenta del cambio de ambiente, junto con una reducción de riesgos y complicaciones durante el nacimiento. Además, se facilita la interacción constante entre la madre y el hijo o la hija, a la par que se evita la separación entre ambos.



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

Es el parto el momento en el cual no solo se trae al mundo y a la sociedad a una nueva vida y a un nuevo miembro, sino también un momento significativo para la madre, además de ser también un momento de alto riesgo para la salud y la vida tanto de la madre, como del hijo o la hija.

Existen varios tipos de parto¹:

El primero es el **parto medicalizado**, en el cual se implementa un control constante del estado del feto a través de monitoreo bioquímico y biofísico, e incluso regulación de las contracciones en caso de ser necesario. También implica la rotura temprana de la bolsa de aguas con el fin de acelerarla dilatación y comprobar el aspecto y color del líquido amniótico. La finalidad detrás de dicho tipo de parto es acortar la duración del parto y hacerlo más llevadero, y desarrollándolo dentro del marco de una máxima normalidad.

El segundo tipo es el **parto natural**, en donde claramente no hay ninguna intervención médica y dejando que el parto se dé de forma natural, prescindiendo o dejando de lado cualquier intervención médica artificial, y por ende prescindiendo de medicamentos, herramientas tecnológicas, con la mujer teniendo la última voz en el parto y el dar a luz. La mayor de las veces, dicho parto solo recibe asistencia por personal sanitario, siendo el tipo más elegido por las mujeres gestantes y en especial por quienes desean evitar efectos secundarios sobre ellas y sus bebés por cuenta de medicamentos, como los analgésicos, suministrados durante el parto.

El tercer tipo de parto, el cual es el objeto del presente Proyecto de Acuerdo, es el **parto humanizado**. Es bastante similar al parto natural, pero se diferencia en que se pone especial atención a la vigilancia fetal y se cumplen las normas de asepsia a la vez que se ejerce un monitoreo biofísico y bioquímico del feto. Ahora bien, el parto también es asistido, pero se prescinden de procedimientos terapéuticos; los elementos centrales del mismo son una vigilancia del estado tanto de la madre como del feto, una asistencia psicológica a la mujer gestante y su familia por parte del personal sanitario, así como un enfoque medio ambiental. Durante el parto mismo, se efectúa una preparación física haciendo uso de relajación y respiración, así como de la condición del futuro bebé. Un ambiente afectivo y la presencia de la pareja son también otro elemento central en este tipo de parto. Cualquier uso farmacéutico alguno se da solo si el parto no se desarrolla con normalidad, así como el de instrumentos para la extracción del neonato. El médico se limita a la supervisión del proceso, interviniendo sólo si es necesario.

El mínimo de intervención contemplado busca garantizar una cierta seguridad tanto a la madre como al bebé por nacer, a la par que se ofrecen cuidados individualizados de acuerdo con las necesidades individuales, respetando las decisiones de la madre gestante siempre que éstas no comprometan su salud y bienestar ni la del neonato. Sumado a lo anterior, se busca generar confianza, seguridad, intimidad, dignidad y confidencialidad.

¹ Ver: Hospital Sanitas La Zarzuela. (n.d.). Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado. Sanitas. Madrid, España; Sanitas. <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2018)², a su vez, explica que, de cerca de 140 millones de partos que ocurren a nivel mundial, la gran mayoría son en mujeres jóvenes con pocas probabilidades de riesgos o de complicaciones tanto para ellas como para sus bebés. Así mismo, explica que el tiempo que toma el parto es vital tanto para la madre como para el bebé debido al riesgo de morbilidades y mortalidad en caso de complicaciones. A la luz de lo anterior, y como continúa explicando la OMS (2018), el parto ha caído en una suerte de “normalización” que no es universal, y que además precisa de mejoras debido a que su medicalización deriva en una erosión de la capacidad de la mujer en dar a luz, así como en una mala experiencia a la hora de dar a luz. De hecho, es evidente que las atenciones a los partos pueden no garantizar un cuidado de calidad, ya que el mismo puede no ser respetuoso e incluso brindar un trato indigno, así como ser restrictivos para mujeres económicamente vulnerables, además de exponerlas a intervenciones médicas innecesarias que pueden interferir de forma negativa con el proceso del parto. Además, las atenciones medicalizadas pueden no ser respetuosas con las necesidades personales, valores y preferencias tanto de la mujer y de su familia.

Adicionalmente, prácticas no-clínicas tales como apoyo emocional, comunicación efectiva, cuidado respetuoso, opciones de parto que respeten los valores de la mujer y que además promuevan la posibilidad de elegir durante las primera y segunda fases de parto, no son contempladas dentro de las atenciones tradicionales, tal y como explica la OMS (2018).

En este orden de ideas, la OMS (2018) indica que las mujeres en estado de embarazo y que darán a luz pronto, desean un “parto positivo” o “humanizado”, en donde la experiencia vaya más allá de sus expectativas y de las creencias personales y socioculturales, y que permita dar a luz en un ambiente clínico y psicológicamente sano que incluya un apoyo práctico y emocional por parte del compañero sentimental, además de un personal amable y competente, y de la posibilidad de poder tener un cierto grado de control en las decisiones durante el proceso, incluso si se necesita de intervención médica alguna.

Por consiguiente, la OMS (2018) ha emitido una serie de recomendaciones que apuntarían a mejorar el proceso del parto para las mujeres, o simplemente para avanzar en la materialización del “parto humanizado”:

Opción de cuidado	Recomendación
Cuidado de maternidad respetuoso	Brindar un cuidado maternal respetuoso, que tiene en cuenta su dignidad, su privacidad, y confidencialidad, además de asegurar su libertad de daño y maltratos y de facilitar opciones informadas y un apoyo continuo durante el parto.

² World Health Organization – WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B55D89F5DA7BF82E1B7C1F641A95548B?sequence=1>



Comunicación efectiva	Comunicación efectiva entre el personal y las mujeres en parto, mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
Acompañamiento durante el parto	Permitir a la mujer tener una compañía durante el parto de su elección.
Continuidad del cuidado	Continuación del uso de parteras, donde una partera o parteras conocidas brindan apoyo a una mujer en parto durante las fases prenatales, intraparto, y fase postnatal.

Tabla 1. Recomendaciones generales para un “parto humanizado”.

Fuente: OMS (2018).

Otros aspectos que la práctica del parto humanizado ha de considerar, de acuerdo con Almaguer Gonzáles, García Ramírez y Vargas Vite (2012)³, son:

- Reconocer a los padres – en especial a la madre – y al bebé como los elementos centrales del parto.
- Evitar interferir en el parto, salvo cuando existan condiciones de riesgo.
- Reconocer el derecho de la mujer y de su pareja para recibir educación para el embarazo y el parto.
- Reconocimiento y respeto de las necesidades individuales de cada mujer y/o pareja y de las formas en cómo se ha de desarrollar el parto.
- Respeto de la intimidad del entorno durante y después del parto.
- Brindar, así mismo, atención personalizada y continua durante y después del parto.
- Favorecer la libertad tanto de posición como de movimiento de la mujer durante todo el proceso del parto.
- Promover una relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia sanitario.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quien puede hacer acompañamiento durante el parto.
- Dar privilegio al vínculo inmediato entre la madre y el bebé, y evitando exámenes o maniobra alguna de resucitación que no sean necesarios.

Cabe agregar que la implementación del parto humanizado o parto no intervenido plantea una serie de ventajas que benefician tanto a la madre gestante, como a su hijo o hija recién nacidos y a su pareja y/o familia.

Una primera ventaja es que permitiría la continuación de una práctica cultural en torno al parto y en donde toman parte mujeres que no sólo son experimentadas en apoyar las labores del parto, sino que también son de la entera confianza de la madre gestante. Tal y como explican Macías- Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018)⁴, en América Latina en especial, ha sido tradición que mujeres parteras o comadronas sean un factor importante durante el parto, al asistir en

³ Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., y Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2), 44-59.

⁴ Macías Intriago, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., Quishpe-Molina, M., y Triviño-Vera, B. N. (Julio 2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815/pdf>



el mismo a la madre en las comunidades más remotas y en donde los servicios de salud son prácticamente inexistentes. En pocas palabras, permite que las mujeres tengan la compañía de una persona de confianza, como las mencionadas matronas. Esto es de particular importancia para comunidades étnicas que aún efectúan esta clase de partos. En el mismo sentido, y constituyendo una segunda ventaja, es que permite que la mujer en labor tener la compañía de su pareja o de otra persona que ella considere de gran valor e importancia para su vida, contribuyendo a generar un clima de seguridad, confianza y tranquilidad para la madre gestante, la pareja, los familiares, el bebé y podría decirse aún para el personal sanitario, tal y como indican Molina Santacruz, Rengifo Arboleda y Solarte Moncayo (2019). Esto, a su vez, resulta en una reducción en las tasas de partos de tipo operatorio (cesáreas y uso de fórceps), reducción del uso de analgésicos durante el parto, del tiempo de duración, reducción de la depresión postparto, y un aumento de la perspectiva positiva del parto como experiencia y de la autoestima de la madre⁵.

Una tercera ventaja es que le daría un enfoque y aplicación más humanista al parto en sí. De hecho, tradicionalmente se ha contemplado al parto como una enfermedad, y a la madre como si fuese una enferma; la introducción del parto humanizado permitiría un cambio decisivo de dicho enfoque, reduciendo el peso de la perspectiva tradicional medicalizada y haciendo que la madre gestante sea vista como una persona que trae a la vida a otro ser humano, y por ende es sujeto de derechos y una persona con sentimientos y con la posibilidad de elegir, de acuerdo con Macías-Intriago, Haro- Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018). Esto, dicho sea de paso, también aplica para el bebé recién nacido.

Una cuarta ventaja es que da a la madre gestante un papel mucho más central. De hecho, permite que sea ella quien elija el tipo de parto a tener, la posición a usar para dar a luz, así como el hecho de que respeta y considera los valores, creencias, sentimientos, autonomía y dignidad de la madre que estaría dando a luz. Así mismo, el parto humanizado contribuye a garantizar que el parto sea una experiencia positiva y segura para la madre que está dando a luz, para su pareja o familia, y aún para el bebé por nacer (Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera, julio 2018).

Una quinta ventaja es que permite un acercamiento más estrecho entre la madre gestante y su pareja y/o familia y el personal sanitario que asistirá durante el parto. Esto reduce el nivel de temor que siempre acompaña a este momento (el parto) y establece un nivel de confianza entre las partes involucradas, gracias al diálogo, afecto e intercambio de información. Además, permite aumentar el apego del bebé hacia la madre a la par que reduce los riesgos inherentes a la labor del parto y aún la mortalidad materna y neonatal (Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza- Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera, julio 2018).

⁵ Molina Santacruz, S. A., Rengifo Arboleda, T. A., Solarte Moncayo, M. N. (2019). Propuesta para la atención del parto humanizado en las instituciones de salud del Cauca, desde el enfoque de derechos de la gestante, a partir de la búsqueda bibliográfica, 2010 – 2019 (Trabajo final de Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud). Popayán, Colombia: Universidad EAN.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9860/MolinaStephanie2019?sequence=1&isAl lowed=y71> Ver: Íbid, p. 21.



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

Una sexta ventaja es que, además de otorgar a las parteras tener su tradicional rol fundamental durante el parto, les permite actuar de facilitadoras para la comunicación entre la madre y el personal sanitario. Tal y como explican Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018), las parteras de hecho establecen dicho vínculo y facilitar la comunicación al conocer los deseos de la madre gestante y, por ende, transmitir la información correcta al médico obstetra y al personal sanitario.

Una séptima ventaja es que reduce el estrés del bebé mismo. Tal y como explican Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018), el parto humanizado contribuiría a reducir el estrés del bebé producto del cambio de entorno inmediato al cual está sujeto, ya que el bebé se ve forzado a cambiar de ambiente, y por ende se procuraría generar un ambiente más tranquilizador para el bebé. Esto hace del parto humanizado algo importante para la madre como para el bebé, y a su turno el parto humanizado hace del bebé y de su bienestar, además de la mujer, su principal objetivo.

Y una última ventaja es que el parto humanizado prescinde del enfoque medicalizado, así como del uso de elementos medicinales que podrían complicar el parto y hacerle daño tanto a la madre como al bebé, tales como el suero, la anestesia y minimizando la intervención médica, y permitiendo que el parto suceda de una forma más natural.

El Ministerio de Salud y Protección Social (noviembre de 2014)⁶, a su vez, señala una serie de ventajas que la implementación del parto humanizado tendría para las mujeres, así como para los recién nacidos.

El parto humanizado, de hecho, puede contribuir a la reducción del parto medicalizado, a que se provea a las madres gestantes con una atención efectiva basada en evidencia científica que facilite el trabajo entre diferentes profesiones, generar espacios para una forma de nacimiento alternativo, la incorporación y mejora de las relaciones entre las mujeres, y la transformación de la atención a la madre gestante a la par que se reduce el temor al parto.

De forma más puntual, el Ministerio de Salud y Protección Social (noviembre de 2014) señala:

- Las madres gestantes que disfruten de un acompañamiento continuo durante el proceso del parto presentan más probabilidades de parto espontáneo vaginal, a la par que se reduce la necesidad de analgésicos, se reduce el riesgo de insatisfacción, se reduce el trabajo del parto, así como la reducción en probabilidad de cesárea, parto instrumentado y/o uso de anestesia regional.
- Se reducen los riesgos durante el trabajo de parto tanto para la madre como para los bebés por nacer.
- Se beneficia a la salud del bebé recién nacido, al punto de mejorar el

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. (noviembre de 2014). Se recomienda la adopción de los principios del Parto Humanizado en todas sus dimensiones. http://gpc.minsalud.gov.co/herramientas/doc_implementacion/Hojas_Evidencia/1.Hoja%20de%20evidencia%20Humanizaci%C3%B3n.pdf



puntaje de la prueba APGAR que se suele aplicar a los neonatos, reduciendo la probabilidad de una puntuación menor a siete (7)⁷.

- La adopción de una posición vertical reduce el tiempo de trabajo de parto y disminuye la necesidad de anestesia epidural (esta anestesia es de tipo local y se introduce en la columna vertebral)⁸.

CONTEXTO INTERNACIONAL, LATINOAMERICANO, NACIONAL Y DISTRITAL

Para poder medir la necesidad de un enfoque más humanizado, o de implementar un parto humanizado en el Distrito, es importante dar un vistazo a la cantidad de partos atendidos y la manifestación de complicaciones y aún decesos, durante la labor, en el mundo, en la región, y en el Distrito.

A nivel mundial

A nivel mundial, se puede observar un decrecimiento general de los nacimientos en el período comprendido entre los años 2000 y 2018, de acuerdo con el Banco Mundial (2018)⁹, observándose que la tasa de Nacimiento por 1,000 personas ha presentado un decrecimiento considerable. De hecho, dicha tasa era de 21,64 en el 2000, reduciéndose hasta un 18,17 en el 2018, tal y como hace patente la siguiente gráfica:



Grafico1. Tasa de Nacimiento.

Fuente: Banco Mundial (2021). Elaboración propia.

⁷ Esta prueba, permite que el médico calcule el estado general de un recién nacido al minuto y a los cinco minutos tras el nacimiento, evaluándose la frecuencia cardiaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos e irritabilidad y el color de piel. La puntuación va de 0 a 2 por cada una de las categorías mencionadas, y de acuerdo con el estado del bebé detectado por el médico, se asigna la respectiva puntuación. Ver: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (unión de 2014). Evaluación de Escala de APGR.

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_rns/Hojas_evidencia_RNS.pdf

⁸ Ver: Instituto Marqués. (2021). La anestesia epidural o peridural.

<https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-la-mujer/la-anestesia/anestesia-epidural-o-peridural/>

⁹ World Bank. (2021). Birth rate, crude (per 1,000 people).

<https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?end=2018&start=2000>



Otra fuente señala, de forma más detallada, un ligero descenso en el número de nacimientos a nivel mundial entre los años 2016 a 2019, pasando de 140.230.000 millones durante el 2016 a 140.110 millones durante el 2019. Continentes como África y Oceanía presentaron un aumento de nacimientos durante dicho periodo, a la par que continentes como Asia, Europa presentaron descensos considerables, con América Latina presentando un descenso de forma más ligera (Ritchie, septiembre 11, 2019)¹⁰:

REGIÓN	2016	2017	2018	2019
Oceanía	682.667	685.720	688.390	690.709
Latinoamérica y Caribe	10.62 millones	10.57 millones	10.52 millones	10.46 millones
Norteamérica	4.28 millones	4.29 millones	4.30 millones	4.32 millones
Europa	7.89 millones	7.81 millones	7.73 millones	7.65 millones
África	41.72 millones	42.22 millones	42.71 millones	43.21 millones
Asia	75.04 millones	74.67 millones	74.26 millones	73.79 millones
TOTAL	140.23 millones	140.25 millones	140.20 millones	140.11 millones

Tabla 2. Numero de nacimientos nivel mundial.

Fuente: Ritchie (septiembre 11 de 2019).

Adicionalmente, se tiene que los nacimientos asistidos por personal calificado a nivel mundial han presentado un aumento importante en los últimos 20 años, aunque también cabe indicar que continentes como África (Occidental, Central, Oriental y Sur) son las regiones con el menor porcentaje de partos asistidos por personal calificado, de igual manera que en el sur de Asia. América Latina y el Caribe, junto con el Medio Oriente y el Norte de África serían las regiones mundiales con un relativo nivel medio de partos con asistencia de personal, tal y como hace patente la siguiente gráfica (UNICEF, octubre de 2020)¹¹.

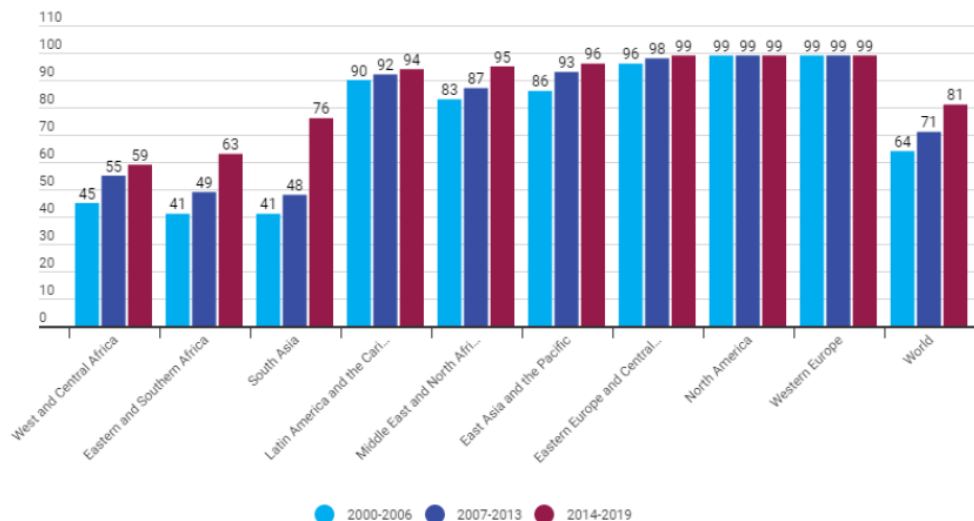


Gráfico 2. Porcentaje de partos asistidos.

Tomado de: UNICEF (octubre 2020).

¹⁰ Ritchie, H. (2019). How many people die and how many are born each year? Our World in Data. <https://ourworldindata.org/births-and-deaths>

¹¹ UNICEF. (October 2020). Delivery Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>



A su vez, se observa que las tasas de mortalidad materna durante el parto en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2017, han venido presentando una reducción a nivel global en las últimas dos décadas. Pese a esto, las tasas de mortalidad por 1,000 madres gestantes son persistentemente altas en África mientras que son bajas en Europa Occidental, América del Norte, Europa y Asia Central. Cabe señalar que para Latinoamérica y el Caribe, la tasa es de 74 por mil madres para 2017 (UNICEF, septiembre de 2019)¹²:

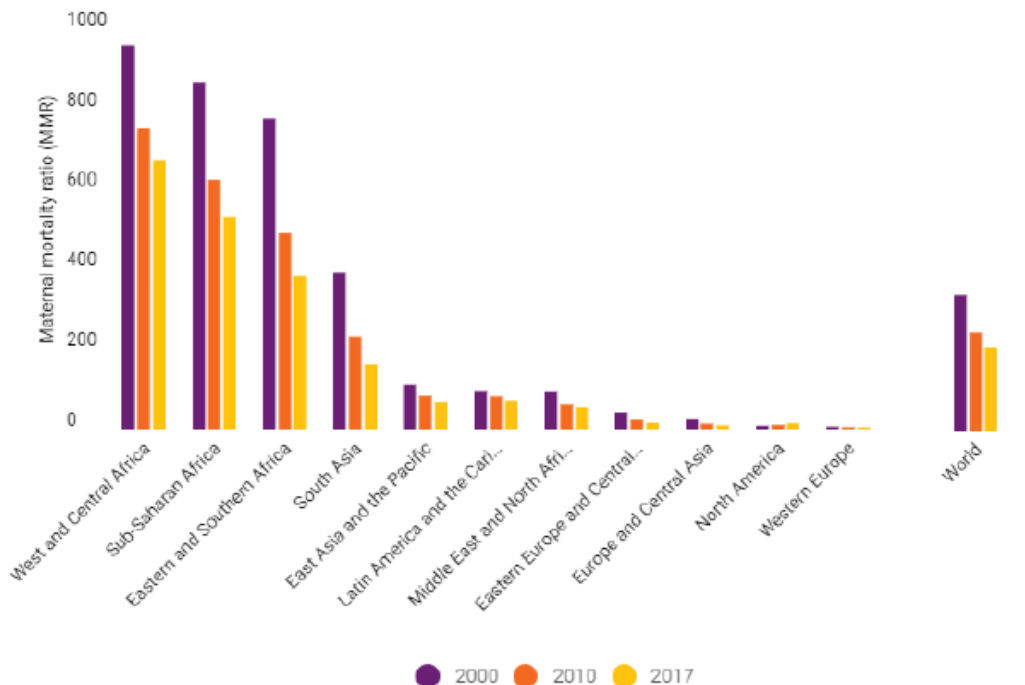


Gráfico 3. Tasas de mortalidad.

Tomado de: UNICEF (septiembre de 2019)

A nivel de Latinoamérica, se puede evidenciar que el porcentaje de nacimientos institucionales o que sucedieron en un centro de salud u hospital ha sido (WHO, 2020)¹³:

PAIS	2015	2016	2017	2018
Argentina	99,5	99,3	97,7	99,1
Bolivia	–	87,7 (2011 – 2016)	71,3	71,5
Brasil	99,1	99,1	99,1	N/A
Chile	99,7	98,1	99,7	N/A
Colombia	96,9	N/A	98,9	N/A
Costa Rica	99,3	93,2	94,0	N/A
Cuba	99,9	99,9	99,9	99,9
Ecuador	93,5	95,6	95,3	95,8
El Salvador	91,1	99,0	99,0	98,9
Guatemala	65,0	69,2	57,5	N/A
Honduras	72,0	79,0	74,0	N/A

¹² UNICEF. (September 2019). Maternal Mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

¹³ WHO. (2020). Institutional births. Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SRHIB?lang=en>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

México	96,9	93,0	N/A	N/A
Nicaragua	88,0	88,0	89,6	89,1
Panamá	94,8	90,9	N/A	N/A
Paraguay	93,2	96,6	97,3	97,7
Perú	Apro x.	Apro x.	93,2	Apr ox.
República Dominicana	99,6	99,8	N/A	99,9
Uruguay	99,6	99,6	99,6 –	99,5
Venezuela	N/A	96,2	95,4	N/A

Tabla 3. Porcentaje de nacimientos institucionales en Latinoamérica.

Fuente: WHO (2020).

En lo concerniente a los partos atendidos por personal en América Latina, la WHO (2020)¹⁴, reporta lo siguiente:

PAIS	2015	2016	2017	2018
Argentina	100	98	94	N/A
Bolivia	73	90 – 99	100	72
Brasil	99	99	99	N/A
Chile	100	100	100	N/A
Colombia	96 – 99	N/A	99	98
Costa Rica	90	99	99	99
Cuba	100	100	100	100
Ecuador	94	96	96	96
El Salvador	100	100	100	100
Guatemala	66	70	N/A	N/A
Honduras	72	79	74	N/A
México	98	96	N/A	N/A
Nicaragua	95	95	96	N/A
Panamá	95	95	94	93
Paraguay	96	96 – 97	97	98
Perú	92	92	94	93
República Dominicana	100	100	N/A	N/A
Uruguay	100	100	100	N/A
Venezuela	99	99	99	N/A

Tabla 4. Partos atendidos por personal cualificado en Latinoamérica.

Fuente: WHO (2020).

¹⁴ WHO. (2020). Births attended by skilled health personnel. Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLEDBIRTHATTENDANTS?lang=en>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

También es importante indicar los nacimientos por cesáreas en América Latina, los cuales presentan una variación importante durante los periodos registrados por la WHO (2020)¹⁵:

PAIS	%	PERIODO
Argentina	29,1	2011
Bolivia	33,4	2011 – 2016
Brasil	55,5	2015
Chile	49,6	2012
Colombia	45,8	2016
Costa Rica	23,5	2014
Cuba	40,4	2012 – 2014
Ecuador	49,0	2015
El Salvador	31,3	2016
Guatemala	26,3	2009 – 2015
Honduras	18,6	2006 – 2012
México	40,7	2013 – 2015
Nicaragua	29,7	2006 – 2012
Panamá	27,7	2011 – 2013
Paraguay	45,9	2014 – 2016
Perú	31,6	2011 – 2016
República Dominicana	58,1	2012
Uruguay	39,4	2015
Venezuela	32,2	2009

Tabla 5 Partos por cesáreas.

Fuente: WHO (2020).

A su vez, la cobertura de servicios de cuidado prenatales en la región de Latinoamérica presenta los siguientes porcentajes, de acuerdo con la WHO (2020)¹⁶:

PAIS	%	PERIODO
Argentina	89,8	2009 – 2012
Bolivia	85,3	2017
Brasil	92,2	2018
Chile	N/A	N/A
Colombia	89,9	2010 – 2015
Costa Rica	76,6	2016
Cuba	97,8	2012 – 2014
Ecuador	79,5	2013

¹⁵ WHO. (2020). Births by caesarean sections. Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>

¹⁶ WHO. (2020). Antenatal care coverage. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4?lang=en>



El Salvador	82	2017
Guatemala	86,2	2009 – 2015
Honduras	88,9	2006 – 2012
México	89,5	2016
Nicaragua	63	2017
Panamá	98,6	2009 – 2015
Paraguay	77,7	2016
Perú	96,6	2013 – 2018
República Dominicana	58,1	2012
Uruguay	95,4	2008 – 2013
Venezuela	83,8	2017

Tabla 6 Cobertura de cuidado prenatal en América Latina.

Fuente: WHO (2020).

Por último, la tasa de mortalidad materna en la región ha presentado la siguiente tendencia en muertes por 100.000 habitantes y en porcentaje, de acuerdo con la OECD (2020)¹⁷:

PAIS	Muertes por 100.000 habitantes	% de variación
Argentina	39	-40,9
Bolivia	155	-53,2
Brasil	60	-13,0
Chile	13	-58,1
Colombia	83	-11,7
Costa Rica	27	-32,5
Cuba	36	-21,7
Ecuador	59	-51,6
El Salvador	46	-37,0
Guatemala	95	-41,0
Honduras	65	-23,5
México	33	-40,0
Nicaragua	98	-39,5
Panamá	52	-42,9
Paraguay	84	-49,1
Perú	88	-38,9
República Dominicana	95	-41,0
Uruguay	17	-34,6
Venezuela	125	5,0

Tabla 7 Mortalidad materna estimada, (2015 o último año disponible) y 5 de variación.

Fuente: OECD. (2020).

¹⁷ OECD. (2020). Mortalidad materna.

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es>



A nivel nacional

A nivel nacional, se puede observar entre los años 2016 a 2019 los nacimientos presentaron un aumento considerable entre los años 2016 y 2017, en tanto que han presentado una reducción igualmente considerable entre los años 2017 y 2019. Además, los tipos de parto más frecuentes durante el periodo indicado fueron los partos espontáneos, seguidos por las cesáreas. Y el lugar donde tuvieron lugar los partos fue predominantemente las instituciones de salud, tal y como se muestra a continuación.

En el año 2016 se evidenció que la gran mayoría de partos ocurrieron en instituciones de salud, del tipo espontáneo, seguidos luego por partos de tipo cesárea, de acuerdo con el DANE (22 de diciembre de 2017)¹⁸:

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	647.521	343.367	296.612	7.384	56	102
Institución de salud	640.680	336.684	296.612	7.384	0	0
Domicilio	5.861	5.750	0	0	46	65
Otro sitio	937	924	0	0	10	3
Sin información	43	9	0	0	0	34

Tabla 8 Nacimientos por tipo de parto a nivel nacional (2016).

Fuente: Dane (22 de diciembre de 2017).

En el año 2017, a su vez, se puede observar un aumento ligero de nacimientos totales en contraste con el 2016, con los partos espontáneos atendidos en instituciones de salud incrementando de manera marcada, a diferencia de los partos por cesárea (DANE, 21 de diciembre de 2018)¹⁹:

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	656.704	350.576	298.560	7.393	67	108
Institución de salud	649.401	343.448	298.560	7.393	0	0
Domicilio	6.306	6.179	0	0	57	70
Otro sitio	953	939	0	0	9	5
Sin información	44	10	0	0	1	33

Tabla 9. Nacimientos por tipo de parto a nivel Nacional (2017).

Fuente: Dane (21 de diciembre de 2018).

¹⁸ DANE. (22 de diciembre de 2017). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2016. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>

¹⁹ DANE. (21 de diciembre de 2018). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2017. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

En cuanto al año 2018, se puede evidenciar que la tendencia se mantiene, en particular la diferencia de casos entre el parto espontáneo (atendido en una institución de salud) y el parto de cesárea, de acuerdo con datos suministrados por el DANE (20 de diciembre de 2019)²⁰:

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	649.115	354.133	288.000	6.779	203	0
Institución de salud	638.375	343.596	288.000	6.779	0	0
Domicilio	8.912	8.723	0	0	189	0
Otro sitio	1.828	1.814	0	0	14	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Tabla 10. Nacimientos por tipo de parto a nivel Nacional (2018).

Fuente: Dane (21 de diciembre de 2018).

Para el año 2019, se puede evidenciar que hay una reducción continuada del número de partos en el país, siendo la institución de salud el lugar más común para la atención de partos, en especial el de tipo espontáneo. Sin embargo, cabe anotar que el parto instrumentado presenta un leve incremento en comparación con el año 2018²¹:

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	642.660	349.365	286.035	6.954	306	0
Institución de salud	632.385	339.396	286.035	6.954	0	0
Domicilio	9.197	8.903	0	0	294	0
Otro sitio	1.078	1.066	0	0	12	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Tabla 11. Nacimientos por tipo de parto a nivel Nacional (2019).

Fuente: Dane (23 de diciembre de 2020).

A nivel local

Nacimientos en el 2021

A nivel país según el DANE, en el segundo trimestre del 2021 entre el 1 de abril y el 30 de junio hubo un total de 149.054 nacimientos, entre esos, 76.456 son hombres y 72.587 son mujeres. En el departamento de Bolívar, nacieron un total de 8.673 y en nuestra ciudad 4.027 (Tabla 12). Estos datos fueron tomados del

²⁰ DANE. (20 de diciembre de 2019). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>

²¹ DANE. (23 de diciembre de 2020). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2019. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

informe preliminar²² del segundo trimestre del año publicado el 24 de septiembre del presente año.

Departamento y municipio de residencia de la madre	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	149.054	76.456	72.587
Bolívar	8.673	4.499	4.173
Cartagena	4.207	2.181	2.025

Tabla 12. Nacimientos nacional, Departamental y Distrital (Segundo trimestre 2021).

Fuente: DANE (24 de septiembre de 2021). Elaboración propia.

En el segundo trimestre del presente año según el DANE, en las estadísticas de los nacimientos por persona que atendió el parto, encontramos que, de los 149.054 nacidos, 147.329 nacieron en un instituto de salud, 1.456 en sus casas o domicilios y 269 en otros sitios, lo anterior se evidencia en la siguiente tabla:

Total Nacional	Médico	Enfermero (a)	Auxiliar de Enfermería	Promotor (a) de salud	Partera	Otra persona	
Total	149.054	147.303	168	128	50	858	547
Institución de Salud	147.329	147.073	150	80	26	0	0
Domicilio	1.456	105	11	24	20	848	448
Otro Sitio	269	125	7	24	4	10	99

Tabla 13. Nacimiento por tipo de parto a nivel Nacional (segundo trimestre 2021).

Fuente: DANE (24 de septiembre de 2021). Elaboración propia.

En cuando a la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos en Cartagena ha aumentado en los últimos años. Como se observa a continuación:



Gráfico 4 Tasa de mortalidad materna en Cartagena 2013-2020.

Fuente: Cartagena cómo vamos, con datos Dadis 2021.

²²DANE. (24 de septiembre de 2021). Nacimientos segundo trimestre 2021 pr. Año 2021. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2021>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

En el país, adicionalmente, los casos de morbilidad materna extrema (MME) también presentan un incremento de la notificación de casos de MME en un periodo comprendido entre el 2012 y el 2019, al pasar de 2505 casos notificados a 15949. Cabe señalar que en el periodo entre el 2017 y el 2019, se presenta una suerte de estabilización en los casos notificados (Instituto Nacional de Salud, 2020)²³:

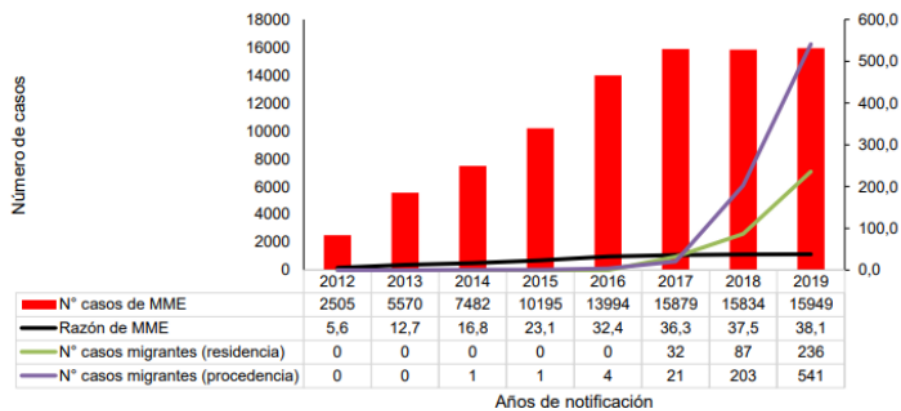


Gráfico 5 Casos de morbilidad materna extrema.

Fuente: Instituto Nacional de Salud 2020.

Dentro de las causas más frecuentes de la MME a corte de agosto de 2019, se encuentran los trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas, entre otras, de acuerdo con el Instituto Nacional Salud (2020):

Causas	Casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos	11936	74,5%
Complicaciones hemorrágicas	2088	13,0%
Complicaciones del aborto	279	1,7%
Sepsis de origen obstétrico	821	5,1%
Sepsis de origen no obstétrico	120	0,7%
Sepsis de origen pulmonar	99	0,6%
Enfermedad preexistente que se complica	205	1,3%
Otras	467	2,9%

Tabla 14. Causas de morbilidad materna extrema.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (2020).

La mortalidad materna también es un fenómeno que también sucede con distintos grados a lo largo del territorio nacional, y aunque en cifras generales es una cifra relativamente baja en contraste con los partos totales, es un fenómeno que merece atención.

²³ Instituto Nacional de Salud. (2020). Morbilidad Materna Extrema. Periodo epidemiológico IX. Colombia 2020.

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20IX%202020_0.pdf



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2020)²⁴, la mortalidad materna tuvo un total de 335 casos en 2017, 294 casos en 2018, 299 casos en 2019 y 191 casos (datos parciales) en 2020, tal y como hace patente el siguiente cuadro:

AÑO	TOTAL
2017	326
2018	332
2019	299
2020 PP.	191

Tabla 14. Causas de mortalidad materna.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (20 de abril de 2018).

Medidas a nivel Nacional:

Existen varias medidas relacionadas con el embarazo en general, así como con el “parto humanizado”, que se orientan bien a la atención del embarazo y sus procesos previos y posteriores, o bien están encaminadas a proveer un marco para la gestión y atención de las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo o con posterioridad al mismo. También proveen directrices para los protocolos de procedimiento y de atención para los distintos tipos de parto atendidos por los servicios de salud y por el personal cualificado que se encuentra normalmente asignado para proveer asistencia durante las labores.

La primera de las medidas existentes a nivel Nacional es claramente la Ley 100 de 1993²⁵. Dentro de la misma se estipula, en el artículo 153, de la obligación de la familia, del Estado y de la sociedad para brindar cuidados en salud, así como protección y asistencia a todas las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva. Seguidamente, en el Artículo 157 define a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), estipulando que la población más pobre y vulnerable será subsidiada por el estado al SGSS, y con las madres gestantes y lactantes estando entre los grupos poblacionales con prioridad. El artículo 166 de dicha ley, a su vez, estipula la atención materno infantil mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) para mujeres en embarazo, cubriendo al efecto los servicios en control prenatal, la atención durante el parto, el control durante el periodo después del parto y de todas las afecciones vinculadas con la lactancia. También se cubre a las mujeres en estado de embarazo y a madres de niños menores de un año del régimen subsidiado de salud, brindando un subsidio alimentario mediante disposición del Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF). Y, por último, en el Artículo 164, se estipula que las EPS no podrán aplicar preexistencias a los afiliados, y

²⁴ Instituto Nacional de Salud. (2020). Mortalidad Materna (Temprana). Periodo epidemiológico VII. Colombia, 2020. <https://www.ins.gov.co/buscador- eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VII%202020.pdf>

²⁵ Congreso de la República de Colombia. (diciembre 23 de 1993) “Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” [Ley 100 de 1993]. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html



adicionalmente, se imposibilita el establecimiento de períodos de espera para la atención del parto y de menores de un año de edad. Cabe recordar que la ley 100 tiene como objetivo el garantizar los derechos básicos y el acceso a una calidad de vida digna promedio de un sistema de seguridad social que además de proteger a dicha calidad de vida de toda contingencia negativa, busca cubrir a todos los habitantes del país de forma progresiva. Todo esto bajo los principios generales de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Una medida que comprende entre sus áreas de acción la maternidad en sí misma, es la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003²⁶, la cual plantea la estrecha relación entre la sexualidad y la reproducción con la calidad de vida en sus ámbitos individual como social, siendo la salud sexual y reproductiva (SSR) como el estado de general físico, mental y social y en donde se pueden ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Gozar de un buen estado de SSR significa poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, de elegir si procrear o no, entre otras. Para lo que aquí corresponde, un buen estado de SSR también implica el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, así como el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos atinentes a la sexualidad y la reproducción.

Dicha política tuvo como objetivo el mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población y con un hincapié en la reducción de factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, el estímulo de factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas entre sus objetivos están el impulsar medidas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como estimular la atención institucional en temas prioritarios de SSR, ampliar la cobertura en el SGSS en población con factores de vulnerabilidad en SSR, el fortalecer la red de servicios del país, implementar acciones de vigilancia y control de la gestión, desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de eventos que afectan al SSR,, fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como medio para conocer el estado de la SSR, promover la investigación en SSR para la toma de decisiones, el desarrollar acciones que vinculen a varios sectores e instituciones para impactar problemas en SSR, y aprovechar las redes sociales para el intercambio de información y apoyo solidario.

Entre sus metas se encuentra la maternidad segura, con la intención de reducir en un 50% la tasa de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y las complicaciones propias de tales, así como fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal. Es también la maternidad segura una de sus principales líneas de acción, y que busca garantizar a la mujer un proceso de gestación sano junto con las mejores condiciones para el recién nacido o nacida, mediante una adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, parto y posparto, y un manejo de riesgos asociados a la maternidad tanto en la madre como en el hijo. También se apunta a brindar tratamiento a todas las complicaciones

²⁶ Londoño de la Cuesta, J. (febrero de 2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de la Protección Social.

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf



producto de factores biopsicosociales que puedan emerger. Para esto, se plantearon 6 estrategias específicas: la promoción de la maternidad segura mediante estrategias de IEC, la coordinación intersectorial e interinstitucionales, el fortalecimiento de la participación, la potenciación de las redes sociales de apoyo, y el desarrollo de investigación.

La segunda medida tomada (y que entra a su último año en el 2021) es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021²⁷, teniendo como enfoques y modelo conceptual los siguientes: enfoque de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, poblacional, y modelos de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, el PDSP 2012 – 2021 tiene 4 dimensiones de abordaje, siendo tales el curso de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y la perspectiva de los determinantes sociales; otras dimensiones adicionales y de orden prioritario son éstas de salud ambiental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, convivencia social y salud mental, vida saludable y enfermedades transmisibles, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud laboral. Y como líneas operativas tiene 3 principales: la línea de promoción de la salud, la línea de gestión del riesgo en salud, y la línea de gestión de la salud pública. Estas disposiciones definen los objetivos estratégicos del PDSP 2012 – 2021, los cuales son tres. El primero es el avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud en el territorio nacional. El segundo es el mejorar las condiciones de vida y salud de la población. Y el tercero es el lograr una cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Para la temática de nuestro Proyecto de Acuerdo, la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos es definida como la serie de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan el ejercicio libre e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades, y el desarrollo social de grupos y comunidades. En este sentido, la dimensión tiene por objetivo el promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral. Uno de los componentes de esta dimensión es la de prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, teniendo 5 objetivos de los cuales 2 se relacionan con el objeto del presente Proyecto. El primero es el garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva mediante la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde enfoques de derechos, de género y diferencial, y el segundo es el desarrollo e implementación de estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y puerperio, así como de la prevención del aborto inseguro. Y entre sus metas busca que la mortalidad materna evitable sea de menos de 150 muertes, que el 95% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública – PDSP, 2012 – 2020. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

territoriales, y que el 80% de las madres gestantes ingresen al control prenatal antes de la semana 12 de gestación.

Una de las estrategias es el abordaje de la mujer antes, durante y después del parto, lo cual incluye el fortalecer la inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de inducción a la demanda, atención integral y acceso a servicios; el desarrollo de tecnologías de información y comunicación; empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para el seguimiento de las rutas de atención; una Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud que implica la incorporación de los enfoques de derechos, de género y diferencial junto con las estrategias de fortalecimiento del acompañamiento de la pareja o un integrante de la red social de apoyo durante la gestación, parto y puerperio; vigilancia en salud pública de la morbilidad extrema; y el fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y calidad antes, durante y después del parto.

También se tiene la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos²⁸, presentada de forma oficial en el 2014 y con vigencia hasta el 2021, toma como base el ya señalado Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ésta se fundamenta en un enfoque de derechos con enfoque en lo sexual lo reproductivo, y en un concepto ampliado de la sexualidad junto con un enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida. Esto, con el fin de proponer acciones de Estado tales como la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Además, se estipula que los derechos sexuales y reproductivos sean considerados de forma independiente sin desconocer sus varias interrelaciones, buscando siempre el bienestar general y su impacto positivo en el desarrollo de las personas a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la libertad humana junto con un especial énfasis en el autocuidado. El objetivo general, por consiguiente, es direccionar el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública y que incluya el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre e igualitaria, así como la transformación de lugares, conceptos e imaginarios donde se piensa y vive la sexualidad y no sólo enfocada en la prevención del riesgo de enfermedad. Los objetivos específicos son, a su turno, tres: Primero, la promoción de la salud mediante de los derechos sexuales y reproductivos; segundo, gestionar el riesgo de salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva; y tercero, gestionar la salud pública mediante acciones en salud sexual y salud reproductiva.

En este orden de ideas, esta política tiene como propósito el orientar el desarrollo de las acciones sectoriales e intersectoriales en el tema de la sexualidad y la garantía del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos bajo el marco de la Atención Primaria en Salud (APS). Esta política tiene como principios: la sexualidad como una condición humana; la igualdad y la equidad; la diversidad y la no discriminación; la diferenciación entre sexualidad y reproducción; la libertad sexual y reproductiva; la vinculación entre derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo; el reconocimiento de las acciones

²⁸ Gaviria Uribe, A. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos". Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

para la garantía de los derechos; la responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción; la integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; y la armonización con y entre instrumentos nacionales e internacionales en torno al objeto de esta política.

Para el objeto de interés del Presente Proyecto de Acuerdo, la Política como una de las acciones concretas:

- Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de sexualidad y reproducción para los prestadores de servicios de salud como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconceptionales, de anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, detección de SIDA y enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y de género, entre otros.
- Garantizar la atención de procesos reproductivos, incluido el parto por personal debidamente formado y con título en los conocimientos y técnicas específicas disponibles para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención institucional o alternativa con la debida adecuación para responder a las posibles contingencias, facilitando la participación de la familia y al expresión afectiva de roles de paternidad y maternidad desde el inicio.
- Una actividad contemplada para este fin es el identificar las necesidades, gustos y deseos frente a las opciones de atención en la maternidad y paternidad, en aras de diseñar nuevas ofertas de servicios tales como la gestación planificada, el trabajo de parto y parto acompañado, puerperio y adaptación del recién nacido, todos bajo supervisión de personal especializado.
- Una segunda actividad contempla la formación del personal asistencial, en todos los niveles, para la atención tradicional o alternativa junto con el abordaje solidario de las familias en los procesos de maternidad y paternidad.
- Otra actividad en este sentido es el involucramiento de las comunidades para la construcción de ofertas de servicios relativos a la gestación, el parto y puerperio que sean más acordes con sus circunstancias y contextos territoriales. Esto implica la coexistencia entre las formas occidentales y ancestrales en la atención de la gestación, parto y puerperio.
- Una última actividad involucra el uso de evidencia científica relacionada con las diferentes opciones y alternativas para la atención del parto, incluyendo una formación a parteras en instituciones oficializadas para esto, y el parto en casa para la adecuación de normas de atención y superación de exclusividad médica.

La Ley 1751 de 2015 también actúa como marco general al buscar garantizar el derecho a la salud para toda la población del país²⁹. Dicha ley estipula que es deber del Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la adopción de todas las medidas necesarias para su garantía, velando también por la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad e idoneidad del servicio y de los profesionales, además de velar que los principios de universalidad, la interpretación favorable de toda ley hacia la

²⁹ Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" [Ley 2751 de 2015]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

protección de dicho derecho, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la progresividad, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, y principios de orden diferencial y étnico. Esta legislación también estipula que los sujetos de especial protección son los niños, niñas y adolescentes, las mujeres en estado de embarazo, las personas desplazadas y víctimas de la violencia y del conflicto armado, la población de adultos mayores, personas en discapacidad y enfermedad y recibiendo atención en salud sin restricción alguna. Además, estipula que las mujeres en estado de embarazo gozarán de medidas para garantizar el acceso a servicios de salud requeridos durante y después del embarazo (Art. 11).

También se desarrolló una Guía De Atención Segura para la Gestante y el Recién Nacido, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social (n.d.)³⁰. La misma tiene como objetivo general el fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la madre gestante y del recién nacido, así como las habilidades en prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud y así prevenir y disminuir errores y riesgos durante la atención. Sus objetivos específicos comprenden: identificar errores o fallas más comunes y de gran impacto en la atención a la madre gestante y al recién nacido; identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que dan pie a errores o fallas en la atención; identificar las barreras o mecanismos de seguridad más eficaces y cuya aplicación mitigue las fallas en la atención; identificar mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras y para la disminución de fallas en la atención; y presentar las experiencias exitosas como guía para prácticas seguras. En este sentido, dicha guía plantea como metas de aprendizaje: identificar y analizar los factores que contribuyen a la aparición de acciones inseguras o fallas, y ayuda a identificar fallas potenciales de cultura y procesos organizacionales; identificar y proponer nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente; implementar y aplicar buenas prácticas (que involucren a los actores implicados) y que favorezcan una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente; y asumir el reto del trabajo y aporte en equipos interdisciplinarios.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS)³¹, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, busca orientar el sistema de salud hacia la generación de mejores condiciones de la salud de la población nacional por medio de la regulación de las condiciones de intervención hacia el acceso a los servicios de salud, con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) siendo el factor de primacía para la formulación e implementación de las políticas de salud. También usa el marco de los determinantes sociales del PDSP 2012 - 2021. En este orden de ideas, la Política tiene cuatro estrategias, siendo la primera y la básica la Atención Primaria en Salud (APS), integrando las necesidades poblacionales, la respuesta del sistema y los recursos disponibles,

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). Garantizar la Atención Segura de la Gestante y el Recién Nacido. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar_atencion_segura-madre-hijo.pdf

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. (enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo_pais-2016.pdf



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

teniendo a su vez un enfoque familiar y comunitario. La segunda es el cuidado tanto por el individuo como por el Estado para la protección de la salud (desde el nivel individual hasta la comunidad y el medio ambiente). La tercera es la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) para minimizar el riesgo. Y la cuarta es el enfoque diferencial en la atención en el sistema de salud. En ésta última se contemplan aspectos diferenciales poblacionales con un fuerte acento en las condiciones de vulnerabilidad y vulneración, y prestando atención a población específica, como minorías étnicas, población con discapacidad, niños y niñas, mujeres gestantes, adultos mayores, víctimas, desmovilizados entre otros. También se contemplan aspectos diferenciales territoriales.

De esta política se desprende el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual es el modelo operacional de la PAIS y que facilita la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementa la capacidad de resolución de los servicios y permite el flujo de información, usuarios y servicios de forma efectiva y acorde con las funciones y competencias de cada entidad. Toma como base 10 componentes operacionales basados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), y con un enfoque territorial. En ese sentido las direcciones territoriales de salud han de usar como base el Análisis de la Situación de Salud Territorial (ASIS) para poder identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. En cuanto a las RIAS, existen tres. La primera es la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, teniendo un enfoque de edad y con las acciones orientadas a los entornos donde transcurre la vida y el desarrollo de las personas. Esto incluye el manejo de riesgos colectivos y la protección de la salud de la población mediante la promoción de entornos saludables. La segunda es la ruta de grupo de riesgo, incorporando las actividades individuales y colectivas y orientándose a la identificación de factores de riesgo e interviniendo en los mismos casos, con tal de evitar la aparición de algún problema de salud, o para efectuar un diagnóstico y derivación oportuna para el tratamiento. Y la tercera es la ruta específica de atención, abordando las condiciones específicas de salud, incorporando actividades individuales y colectivas. Se contemplan 16 grupos de riesgo, siendo uno de ellos la Población en condición materno – perinatal y cubriendo eventos tales como la hemorragia, los trastornos hipertensivos complicados, las infecciones, endocrinológicas y metabólicas genéticas, bajo peso, prematurez, la asfixia, y la IVE. Y comprenden cuatro componentes: la gestión en salud pública, la promoción de la salud, las acciones en los entornos, y las acciones individuales.

La Resolución 3280 de 2018 adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal – RIAMP. Dicha ruta tiene el propósito de contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud materna y perinatal, mediante atención integral en salud y la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales. Su población objetivo son las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las madres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta después de nacido 7 días después. El objetivo general de la RIAMP es, por ende, establecer las condiciones técnicas y operativas de cumplimiento obligatorio para la atención en salud de todos los recién nacido y las mujeres en todas las etapas del parto y también después del parto. Los objetivos específicos, a su vez, son cuatro: Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la RIAMP;



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

identificar y gestionar de forma oportuna las vulnerabilidades, los factores de riesgo, los riesgos acumulados y las alteraciones que incidan en la madre gestante y el recién nacido; afectar positivamente los entornos, familiar y redes para que sean protectores y potenciadores de salud en madres gestantes y recién nacidos; y realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en la población objetivo. Como acciones específicas de la RIAMP, se tienen las intervenciones colectivas, las intervenciones individuales (y que incluyen la atención para cuidado preconcepcional, la interrupción voluntaria del embarazo, la atención para el cuidado prenatal, el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención en salud bucal, atención para la promoción de alimentación y nutrición, atención del parto, atención del puerperio, la atención de emergencias obstétricas, la atención para el cuidado del recién nacido, la atención de complicaciones perinatales y/o postnatales, y la atención al seguimiento al recién nacido), la atención a las familias, y las orientaciones para el despliegue e implementación de la RIAMP.

Para el objeto de interés del presente Proyecto de Acuerdo, se observarán de forma más cercana las acciones de curso de preparación para la maternidad y paternidad, la atención del parto y la atención a las familias. En cuanto a la primera acción, ésta plantea un proceso de educación con la madre gestante, su compañero, los hijos e hijas, la familia o la persona que la madre gestante considere la más cercana, y así desarrollar las capacidades necesarias para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el postparto. Plantea como objetivos el desarrollar capacidades en las madres gestantes, sus parejas y familias, para la comprensión de los cambios físicos, sociales y psicológicos del embarazo, y así promover el cuidado de la salud y se reduzca el riesgo de morbilidad y mortalidad. Y el segundo, es desarrollar las capacidades en las madres gestantes, padres y familias para vivir la gestación, el parto, puerperio y cuidado del neonato de forma sana y psicológicamente armoniosa. Estas preparaciones incluyen personal de psicología, nutrición, terapia física, medicina general y medicina especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de otros profesionales, y bajo el liderazgo de enfermería.

En cuanto a la segunda acción, se define como los procedimientos para el acompañamiento y asistencia de mujeres en gestación y sus familias o acompañantes. Esto incluye un plan que incluya el lugar, la institución y el proveedor que asistirá durante el parto. Debe tener claridad para la mujer y su acompañante, y su familia para tener clara la información acerca de trámites o elementos el día de la admisión e información de síntomas de alarma. Esto exige que las instituciones que atiendan el parto han de estar adecuadas y equipadas para la atención del recién nacido y con personal disponible para atender a la madre y al hijo. Esta acción plantea dos objetivos: el primero, brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el trabajo de parto y parto, para dar lugar a una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos. Y el segundo, reducir y controlar complicaciones del proceso de parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y puerperio. Y respecto a la tercera acción, se incluye la atención a las familias como soporte del desarrollo al desarrollo y proceso de la gestación y donde se resalta el papel de la pareja y los allegados (amigos y amigas, vínculos culturales- religiosos y comunitarios). Esto incluye también formación educativa, con los objetivos de: primero, fortalecer los vínculos, redes y relaciones de cuidado y así estar orientados a



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

promover relaciones de cuidado mutuo, disposición para el apoyo y acompañamiento a las madres gestantes y sus familias, y aún su entorno comunitario. Segundo, fortalecer las capacidades de la familia para el cuidado de la estante y el neonato.

La Resolución 2626 de 2019 modifica la PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE³², al percibirse una brecha existente entre los territorios y dentro de los mismos, además de surgir de la necesidad de articular los componentes y acciones del SGSSS, así como para dar garantía de acceso al derecho a la salud mediante el complemento de la Política PAIS con acciones de índole territorial y por ende basadas en las dinámicas y prioridades de salud de los territorios. Se basa en la APS. El MAITE tiene como objetivos el garantizar el acceso pleno al derecho de la salud en los territorios; el fortalecer a las autoridades sanitarias territoriales, la articulación de los agentes del sistema de salud y actores territoriales; ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades particulares de territorios y sus poblaciones; y mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera. Sus líneas de acción son 8: Aseguramiento; Salud Pública; Prestación de Servicios de Salud; Talento Humano en Salud; financiamiento; Enfoque Diferencial; Intersectorialidad; y Gobernanza en Salud.

Finalmente, la implementación del parto humanizado contribuye a la reducción de la violencia obstétrica y a una mejora – o dignificación – del trato dispensado hacia las madres gestantes en los centros de salud (así como a los recién nacidos). Dicha violencia, siguiendo a Fernández Guillén (2015)³³, consiste en la negación de la madre gestante de su condición de ser humana principalmente. Además, se considera que la violencia obstétrica implica el impedir a la mujer “pensar” el parto, negarles la información y la posibilidad de decidir durante la labor del parto, así como la negación de alternativas en lo tocante a la posición usada para dar a luz. También se comprende dentro de la violencia obstétrica la separación de la madre y el hijo, la privación del apoyo emocional y acompañamiento de la persona de la elección de la madre gestante, el engaño para inducir a la práctica de partos por conveniencia o por cesárea, un ambiente carente de intimidad en torno a la madre gestante, y la práctica rutinaria de la episiotomía.

A lo anterior se suma el trato hacia las madres gestantes por parte del personal, el cual suele ser muy negativo. Tal y como señala la OMS (2014)³⁴, tratos negativos hacia la madre gestante son bastante frecuentes en los centros de salud, y suelen incluir maltrato físico y verbal, la ejecución de procedimientos médicos sin autorización y de forma coercitiva, la falta de confidencialidad y el incumplimiento de la obtención del consentimiento informado, la negativa a

³² Ministerio de Salud y Protección Social. (septiembre 27 de 2019) “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral – MAITE [Resolución Número 2626 de 2019]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

³³ Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113 – 128. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106937.pdf>

³⁴ OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=21CFD7D79671ECE1B559F6CF6499EA1D?sequence=1



administrar analgésicos, violaciones a la privacidad, o aún el rechazo a la atención en los centros de salud y negligencia en la atención a las madres gestantes, y las complicaciones resultantes durante el parto (y aún la muerte). También se ha visto la retención tanto de las mujeres como de los bebés recién nacidos por incapacidad de pago, situación que afecta a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

En conclusión, este proyecto de acuerdo contribuiría al mejoramiento y la preservación del bienestar tanto físico como mental de las madres gestantes y aún de los recién nacidos y familiares. También aportaría mucho a la consolidación de la familia como núcleo de la sociedad y a hacer de la mujer gestante el actor central del parto, así como a contribuir en la protección de la vida tanto de la madre como de los hijos. Adicionalmente, contribuiría a la reducción de la violencia obstétrica que afecta a las madres gestantes y mejoraría a plenitud la experiencia y el proceso del parto. Permitiría un mejoramiento del trato, así como la consolidación de los derechos de las mujeres gestantes y sus hijas e hijos en el Distrito, en particular a aquellas en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

3. MARCO JURÍDICO

El presente proyecto de Acuerdo se establece de conformidad a las siguientes normas;

Objetivos de Desarrollo Sostenible

El presente proyecto de acuerdo toma como base los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y algunas de sus metas. De forma más puntual, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas sobre los cuales se fundamenta el presente Proyecto de Acuerdo son:

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

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

(...)

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

(...)

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y



educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

(...)

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas

(...)

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Constitución Política de Colombia 1991

Título 1: De los principios fundamentales

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Artículo 5. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Título 2: De los Derechos, las Garantías y Deberes.

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que



la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.



Normatividad Nacional

Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 10. Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Artículo 153. Principios del sistema general de seguridad social en salud. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Proyecto de Ley No. 063 de 2017. “Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de Parto Humanizado”

3.1 Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios. (Subrayado fuera de texto).

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia



para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

Artículo 157. Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

(...)

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia (subrayado fuera de texto), las madres comunitarias*, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, persona en situación de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Artículo 164. Preexistencias. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

(...)

o se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.



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

Artículo 2°: Ámbito de aplicación. La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.

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

- a) A ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
- e) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera.
- f) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- g) A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica
- l) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.
- m) A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica.



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

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

Ley 122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 1o. Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Capítulo VI. Salud Pública

Artículo 32. De la salud pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Ley estatutaria número 1751 de 2015. “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

Capítulo I. Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes.

Artículo 1o. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.



Artículo 2o. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

(...)

Artículo 6o. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Decreto 1011 de 2006. “Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud”:



Título I. Disposiciones Generales

Artículo 1°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

(...)

Título II. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, SOGCS.

(...)

Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.



4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

Artículo 1°. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

Artículo 2°. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro del PAIS.

Estas disposiciones igualmente se aplicarán a los Regímenes de Excepción y a los Regímenes Especiales como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo.

Artículo 3°. Adaptación de las rutas. Sin perjuicio de la obligatoriedad de brindar las atenciones e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las rutas a que refiere este acto administrativo en los términos establecidos en su artículo 4°, los obligados al cumplimiento de dicho acto, en el marco de sus competencias, adaptarán la atención en salud en función de las condiciones de los ámbitos territoriales urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como de los diferentes grupos poblacionales que define la normativa, conforme con lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos de estas rutas.

Parágrafo. La adaptación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos y operativos a que refiere esta resolución, no puede constituir



barrera para el acceso efectivo de tales servicios, por lo que la prestación de estos debe hacerse sin que medie autorización previa y sin perjuicio de que puedan ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta a la que asista el sujeto de atención en salud.

(...)

Artículo 5°. Talento humano para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.

Resolución 276 de 2019. “Por la cual se modifica la resolución 3280 de 2018”:

Artículo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, el cual quedará así:

“Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la en/rada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos.”

(...)

Artículo 2. Modificar los anexos técnicos que hacen parte integral de la Resolución 3280 de 2018, en lo correspondiente a los siguientes contenidos:

(...)

"III Lineamiento técnico y operativo, ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal"

- a) Los numerales 4.7. y 6.2.2.
- b) El literal d) contenido en los literales b) crisis hipertensiva y c) eclampsia, del numeral 4.9.4.2.
- c) El indicador de "Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para V/H", contenido en el numeral 7.2.2.

4. PLAN DE DESARROLLO SALVEMOS JUNTOS A CARTAGENA

Realizando un análisis del Plan Desarrollo Salvemos Juntos a Cartagena este Proyecto de Acuerdo se encuentra alineado a las estrategias, metas y programas que se encuentra en el Pilar Cartagena incluyente, Línea Estratégica salud para todos y se encuentra contemplado en programas como programa transversal gestión diferencial de población vulnerable y el programa sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Por tal motivo su implementación no genera gastos adicionales a la Administración Distrital.



5. IMPACTO FISCAL

El artículo Séptimo de la Ley 819 de 2003 ordena lo siguiente: "Artículo No. 7. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Frente a ello, es pertinente manifestar que el presente Proyecto de Acuerdo **no genera impacto fiscal alguno, ni desequilibrio o gastos adicionales al presupuesto Distrital. toda vez está contemplado en el Acuerdo No. 027 de 12 de junio de 2020. "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS 2020-2023 – SALVEMOS JUNTOS A CARTAGENA, POR UNA CARTAGENA LIBRE Y RESILIENTE"**".

Presentado por;

(ORIGINAL FIRMADO)

Javier Julio Bejarano

Bancada de la Coalición Alternativa Cartagena



PROYECTO DE ACUERDO No. ____ “POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LAS PRÁCTICAS DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

En uso de sus facultades legales conferidas por la constitución artículo 313 leyes 136 de 1994, ley 1617 de febrero de 2013 y demás normas:

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO. OBJETO. Este proyecto tiene como objetivo institucionalizar las prácticas de parto humanizado en los hospitales, clínicas y otros centros de salud donde se atiende el parto, del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias.

ARTÍCULO SEGUNDO. MEDIDAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría de Salud, implementará las siguientes medidas para institucionalizar las prácticas del Parto Humanizado en la ciudad de Cartagena de Indias. D. T. y C.:

1. Asegurar que en las salas de parto de los distintos en los hospitales, clínicas y otros centros de salud de la ciudad se implemente la práctica del Parto Humanizado, así como en la humanización de los servicios de salud relacionados con la atención del parto.
2. Incluir información sobre el Parto Humanizado durante el proceso de formación al personal especializado en la salud materna y neonatal.
3. Incluir en el curso de preparación para la maternidad y paternidad información sobre el Parto Humanizado y las opciones que dichas prácticas ofrecen, así como de los Derechos de la Mujer durante el parto.
4. Implementar campañas de información, educación y cambio de comportamiento hacia la ciudadanía acerca del Parto Humanizado y de la posibilidad de que la Madre Gestante, junto con su pareja o por sí misma, puedan tomar la decisión de escoger este tipo de parto a la hora de dar a luz.

ARTÍCULO TERCERO. ESPECIAL ATENCIÓN. En la institucionalización del Parto Humanizado, se debe dar especial atención a las mujeres en condición de vulnerabilidad económica y social. Sin olvidar otras condiciones de vulnerabilidad específica tales como: pertenencia étnico-racial —de acuerdo a sus prácticas culturales ancestrales—, comunidades LGBTIQ, personas en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado y/o las interseccionalidades entre dos o más de las anteriores.

ARTÍCULO CUARTO. DERECHOS DE LAS MUJERES. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:

1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud y a escoger el tipo de parto a la hora de dar a luz siempre y cuando su salud y la del bebe no se encuentre en riesgo.



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

- 2.** A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.
- 3.** A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.
- 4.** A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.
- 5.** A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.
- 6.** A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.
- 7.** A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.
- 8.** A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud.
- 9.** A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención.
- 10.** A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan 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 agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.
- 12.** Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas como:

- a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.
- b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.
- c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico., durante el trabajo de parto y 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.

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 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.

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 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.

18. 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.

19. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.

20. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.

21. 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.

22. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.

23. A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.

ARTÍCULO QUINTO. DEBERES DE LAS MUJERES. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.

1. Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.

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

3. 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.

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.

ARTÍCULO SEXTO. DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO. Derechos del recién nacido: Todo recién nacido (a) tiene derecho:

1. A ser tratado con respeto y dignidad.

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

3. A recibir los cuidados y únicamente los tratamientos interdisciplinariamente necesarios, acordes con la evidencia científica actualizada, con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, inclusive el cuidado paliativo.

4. A tener contacto piel con piel con su madre y amamantamiento inmediato postergando los procedimientos que no se consideren vitales con el objetivo de favorecer sus procesos de adaptación neurofisiológicos y psicológicos.

5. Al corte oportuno del cordón umbilical de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada.

6. A no ser separado de su madre durante la permanencia en la institución prestadora de salud, siempre que el recién nacido o la mujer no requiera de cuidados especiales que impidan lo anterior.

7. A tener contacto con su padre durante su proceso de nacimiento, para el adecuado desarrollo de su vínculo afectivo, siempre y cuando la mujer autorice la presencia del padre durante su trabajo de parto, parto y posparto. Lo anterior, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas.

8. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, signos de alarma, periodicidad de controles de seguimiento, junto con información sobre el plan de vacunación explicando beneficios y posibles efectos adversos.



Concejo Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

ARTÍCULO SÉPTIMO. ALIANZAS. La Administración Distrital podrá desarrollar alianzas o trazar acciones articuladas con organizaciones internacionales, instituciones nacionales, la academia e instituciones especializadas, para una implementación y desarrollo adecuado del Parto Humanizado.

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

ARTÍCULO NOVENO. PARTOS TRADICIONALES. El Distrito promoverá la capacitación de las parteras y doulas, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales, 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 Distrito, 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.

PARÁGRAFO 1. Para los efectos del presente Acuerdo, se entenderá por:

- **Doulas:** A las mujeres que aconsejan y ayudan a las embarazadas y las acompañan durante el embarazo, el parto y los cuidados al recién nacido.

ARTÍCULO DÉCIMO. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN. La Administración Distrital, a través de la entidad competente, establecerá una línea base con indicadores verificables que permita ejercer seguimiento y control permanente sobre los resultados, desempeño e impacto de la práctica del Parto Humanizado, dichos resultados serán presentando en el Concejo Distrital durante el tercer periodo de sesiones ordinarias para evaluar los avances y resultados de dichas prácticas en el Distrito de Cartagena.

ARTÍCULO UNDÉCIMO. OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN. La Administración Distrital, a través de la entidad competente, una vez sancionado este Acuerdo gestionará otras fuentes de financiación para garantizar la implementación en el tiempo de las prácticas de parto humanizado en el Distrito.

ARTÍCULO DUODÉCIMO VIGENCIA. El presente acuerdo entrará a regir a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.