



Bogotá, D.C., 10 de junio de 2021

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ
Presidente Comisión Séptima Constitucional
Cámara de Representantes
E. S. D.

Asunto: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 482 de 2020 CÁMARA: *“Por medio de la cual se dictan disposiciones para reglamentar el parto en casa”.*

Respetado Presidente:

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Cámara, como Coordinador ponente de esta iniciativa legislativa, me permito rendir Informe de **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 482 de 2020 CÁMARA:** *“Por medio de la cual se dictan disposiciones para reglamentar el parto en casa”.*

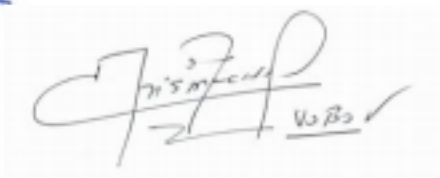
La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Trámite y Antecedentes de la Iniciativa
- II. Objeto del Proyecto de Ley
- III. Contenido de la Iniciativa
- IV. Solicitud de Conceptos e información y relación de respuestas
- V. Análisis y Consideraciones
- VI. Causales de Impedimento
- VII. Pliego de Modificaciones
- VIII. Proposición
- IX. Texto Propuesto para Primer Debate

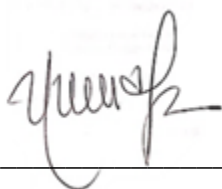
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



CARLOS EDUARDO ACOSTA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Colombia Justa Libres



**JAIRO GIOVANNY CRISTANCHO
TARACHE**
Representante a la Cámara por
Casanare
Partido Centro democrático



NORMA HURTADO SANCHEZ
Representante a la Cámara por el Valle
del Cauca
Partido de la U

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por
Manizales
Partido Liberal



FABIAN DIAZ PLATA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza verde



I. TRÁMITE Y ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley N°482 de 2020, fue radicado el día 05 de Diciembre de 2020 por los Congresistas Juan Fernando Reyes Kuri, Astrid Sanchez Montes De Oca, Jhon Arley Murillo Benítez, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, María Jose Pizarro Rodríguez, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Kelyn Johana González Duarte, Katherine Miranda Peña, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Norma Hurtado Sánchez, Victor Manuel Ortiz Joya, Alvaro Henry Monedero Rivera, Andres David Calle Aguas, Juan Carlos Lozada Vargas, Karen Violette Cure Corcione, Teresa De Jesús Enriquez Rosero, Adriana Gómez Millán, Harry Giovanni González García, Faber Alberto Muñoz Cerón, Julián Peinado Ramírez, John Jairo Roldan Avendaño, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Martha Patricia Villalba Hodwalker, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Sara Elena Piedrahita Lyons, Fabián Diaz Plata, Carlos Julio Bonilla Soto, Omar De Jesús Restrepo Correa, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Jorge Alberto Gomez Gallego, Catalina Ortiz Lalinde, Henry Fernando Correal Herrera, Jairo Humberto Cristo Correa, Julián Bedoya Pulgarín, Andrés Cristo Bustos, Guillermo García Realpe, Amanda Rocío González Rodríguez, Horacio José Serpa Moncada, Daira Galvis Méndez, Victoria Sandino Simanca Herrera.

La presente iniciativa busca establecer una regulación específica del parto en casa se pueden describir proyectos de Ley que se relacionan con este tema.

En primer lugar, el proyecto de Ley 019 de 2009 Senado, buscaba reconocer y regular la actividad de las parteras tradicionales en el país. El proyecto superó los primeros dos debates en Comisión Séptima y Plenaria del Senado, sin embargo, fue archivado por tránsito de legislatura de acuerdo con el artículo 190 de la Ley 5ta de 1992. El proyecto contenía 9 artículos y tenía por objeto “Reconocer a las parteras como proveedora primaria de servicios de salud dirigidos a las necesidades individuales de cada madre y bebé y regular el ejercicio de su labor a través de capacitación”.

Por otra parte, existe una importante cantidad de proyectos de Ley que han buscado humanizar el parto para garantizar un trato digno a la mujer gestante en todas las etapas de su embarazo. Se destacan tres iniciativas radicadas para la presente legislatura. El proyecto de Ley 029 2020 Senado “Por medio de la cual se protege la



maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno” de autoría de la H.S Nadya Georgette Blel Scaff, busca identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la eliminación de todas las formas de violencia de género como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto, parto y puerperio, así como la salud ginecológica y sexual.

Así mismo, el proyecto de Ley 412 del 2020 Cámara, “por la cual se establecen lineamientos para los programas de apoyo a la mujer en gestación, el recién nacido y el que está por nacer - Ley Parto Digno” de autoría de las honorables congresistas Emma Claudia Castellanos Y Angela Patricia Sánchez, que tiene por objeto el fortalecimiento de los programas de apoyo para las madres gestantes a nivel nacional y territorial que estén orientados a lograr una maternidad saludable, deseada, segura y sin riesgos. Y el establecimiento de los elementos que garantizan un parto digno y que permiten con esto prevenir los abortos espontáneos, las enfermedades neonatales y maternas post - parto; la mortalidad materna, prenatal y neonatal, contribuyendo al desarrollo humano de la familia.

Por último, el proyecto de Ley 191 de 2020 Senado “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado” de autoría de los Honorables Representantes Jairo Cristancho Tarache, María Cristina Soto Y Teresa Enríquez Rosero, que busca reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.

El pasado 26 de febrero de 2021, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes nos designó como ponentes a los Representantes José Luis Correa López, Fabian Diaz Plata, Norma Hurtado Sanchez, Jairo Giovanny Cristancho Tarache y Carlos Eduardo Acosta Lozano; este último como coordinador. Se presentaron las correspondientes solicitudes de prórrogas a efectos de rendir ponencia con las respuestas a los conceptos y derechos de petición presentados y la información recabada a profundidad.



Se surtieron reuniones con los ponentes y autores del proyecto y con expertos, con el fin de tener mayor claridad sobre el tema a tocar.

II. OBJETO DEL PROYECTO

La presente ley tiene por objeto regular el parto en casa como una alternativa para las mujeres gestantes y garantizar su decisión libre sobre el lugar donde decidan realizar su labor de parto.

III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

Los autores del proyecto presentan en la motivación de la iniciativa consideraciones frente al aumento del parto institucional frente al parto en casa manifestando que para los año de 1990, se reportó que en el país 22 % de los niños nacieron en el hogar; para Bogotá el 7 %. Mientras que en 1995, es 22,6 % a nivel nacional y de 4,4 % en Bogotá. Para el año 2000, estas cifras bajan a 12,3 % para el país y 2,4 % para Bogotá (Villegas, 2001) A su vez indican, que para el año 2017, 649.401 nacimientos ocurrieron en instituciones de salud en el país, esto significa que el 98,9% de los partos de nacidos vivos fueron institucionales. Los nacimientos ocurridos en domicilio alcanzaron la cifra de 6.306 casos, equivalentes al 1% del total nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018). Refieren que el Ministerio de Salud, expidió la *Resolución 3280 de 2018* mediante la cual se establecen los lineamientos para la atención de la mujer antes y durante el embarazo, sin embargo, allí se establece que el parto debe realizarse en un ámbito institucional salvo por dificultades de acceso o por usos y costumbres propios de la diversidad étnica y cultural del país (Ministerio de Salud, 2020), lo que impide el reconocimiento del parto en casa como una práctica segura para todas las mujeres y refieren que las mujeres en los partos están sufriendo irrespetos y tratos ofensivos. “En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero



evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.” (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Por lo cual, ante el respaldo científico al parto en casa como una alternativa segura para el nacimiento, se hace necesario desarrollar un marco legal para que la partería, como práctica profesional, pueda ser desarrollada bajo rigurosos criterios científicos, garantizando la participación efectiva y decisoria de la mujer gestante.

El Proyecto de Ley 482 de 2020 Cámara se compone de diez (10) Artículos distribuidos de la siguiente manera:

Artículo Primero.-Señala el objeto de la presente iniciativa.

Artículo Segundo.-Definiciones.

Artículo Tercero.-Decisión informada.

Artículo Cuarto.-Partería Tradicional.

Artículo Quinto.-Fomento al parto en casa.

Artículo Sexto.-Guía de práctica clínica de parto en casa.

Artículo Séptimo.-Formación de Matronas.

Artículo Octavo.-Registro Único Nacional de Matronas Autorizadas.

Artículo Noveno.-Cobertura del Plan de Beneficios en Salud.

Artículo Décimo. - Vigencia.

IV. SOLICITUD DE CONCEPTOS E INFORMACIÓN

Acto seguido de la designación como coordinador emitida por la Mesa Directiva de ponencia del Proyecto del H.R. Carlos Eduardo Acosta Lozano como Coordinador Ponente solicitó concepto formal y solicitud de información a las siguientes entidades:

- a. Ministerio de Salud y Protección Social
- b. Federación Colombiana de Obstétrica y Ginecología
- c. Asociación Colombiana de Neonatología
- d. Universidad Nacional de Colombia
- e. Universidad de la Sabana
- f. Universidad Javeriana
- g. Universidad del Rosario
- h. Universidad del Bosque
- i. Fundación Universitaria Sanitas

De las siguientes instituciones no se ha recibido respuestas

- a. Ministerio de Salud y Protección Social
- b. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología
- c. Asociación Colombiana de Neonatología
- d. Universidad Javeriana
- e. Fundación Universitaria Sanitas

Aportes y consideración entidades, academia y organizaciones que emitieron respuesta:

Se obtuvo como respuesta de acuerdo a la solicitud de información unas consideraciones y algunos conceptos acerca de los temas tratados en el articulado y su composición, las cuales se disponen como anexos a la ponencia y se relacionan a continuación por pregunta y entidad que emite el concepto.

1¿Qué es partería y que categorías existen? Cuántas parteras hay en Colombia y si puede indicar número por departamento.

Universidad del Rosario

R/ En Colombia nunca ha existido un sistema de atención de partos por parteras y realmente la atención tradicional de parteras ha sobrevivido gracias a la baja



cobertura de la atención de los eventos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio por el sistema formal (médico), y por factores de tipo cultural. Sin embargo, a pesar de la consolidación de la partería tradicional y la figura de la partera en las zonas rurales apartadas y las urbanas marginales, en el país persiste un desconocimiento científico de este evento que cobra trascendencia actual ya que es uno de los que interviene en la presentación de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

A pesar de los subregistros con este tema para el año 2006 según el Ministerio de la Protección Social el 97,1% de los partos fueron atendidos institucionalmente y un 1,7% por parteras tradicionales. Sin embargo, el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE, 2007) refirió que **7.139** nacimientos fueron atendidos por parteras tradicionales en el país durante el año 2007 y resalta su presentación principalmente en las áreas marginales urbanas y rurales donde los servicios de salud tenían bajas coberturas y el acceso de la población a los centros de salud era difícil. Esto desde varios puntos de vista **ha generado una relación directa entre la partería tradicional y el aumento de morbi-mortalidad materna y perinatal** en el país. Estas han sido razones suficientes para que la Organización Panamericana de la Salud en 2003 propusiera un acercamiento entre el sistema de salud y las parteras que pudiera disminuir la morbi-mortalidad y mantuviera los valores culturales. Se reconocen dos acercamientos a saber: En 1984, el Ministerio de Salud creó el Programa de capacitación formal de parteras. Este se estableció como una estrategia para mejorar las coberturas de la atención y disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, ya que para ese momento, la tercera parte de los partos en las áreas marginales y rurales del país eran atendidos por parteras tradicionales y otro en 2009, el Instituto Nacional de Salud (INS 2009), dentro de las acciones de vigilancia epidemiológica del evento de la mortalidad materna propuso incluir en las acciones de vigilancia comunitaria, como medidas encaminadas a la detección y seguimiento de las alteraciones de la mujer gestante, la participación de líderes de las comunidades, resaltando la figura de la partera tradicional.

La Ley 19 de 2009 "Por medio del cual se reconoce y regula la actividad de las parteras" y en los artículos 1 y 2 dice que "Para todos los efectos de esta ley se entiende por partera, matrona o comadrona, la persona que asiste a las madres durante el embarazo, parto y el posparto y que inicialmente adquieren destrezas a partir de sus propios partos o a través del aprendizaje de otras parteras. Además que se reconoce a las parteras como proveedora primaria de servicios de salud dirigidos a las necesidades individuales de cada madre y bebé y regular el ejercicio de su labor



a través de capacitación". Por último, solicita la necesidad de registro para el ejercicio de la partería en el país.

Se desconoce en este momento cuántas parteras existen en Colombia y menos aún cuántas por Departamento por las razones previamente expuestas.

Universidad de la Sabana

R/ Partería es un término que puede referirse a distintos tipos de atención del parto. La denominación original proviene de la partería tradicional, es decir, se refiere a las cabezas médicas de sistemas tradicionales de salud que se dedican a la atención de la salud de la mujer, el embarazo, el parto y el puerperio.

El mismo término es incorporado en distintos sistemas de salud del mundo para referirse a profesionales con distintos tipos de formación que en el marco del sistema médico moderno se dedican a la atención del parto.

Colombia es de los pocos países en el mundo que no acogió la formación específica de parteras dentro del sistema de salud formal, lo que si sucede en muchos países en donde hay variadas formaciones, algunas para enfermeras profesionales, otras en nivel técnico y otras en nivel profesional, pero con formación específica en esta área.

Una definición de matrona o partera está contenida dentro de la Guía para atención de parto en casa española:

“Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa de formación en obstetricia reconocido por el Ministerio de Sanidad. Está colegiada y autorizada para ejercer como matrona en Cataluña y en el resto del territorio español y demuestra su competencia en la práctica de la obstetricia.”

¿Cuántas parteras hay en Colombia y si puede indicar número por departamento?

RESPUESTA: Al no ser reconocidas en nuestros sistemas ni registros, no es posible estimar la cifra de parteras en Colombia, pero su práctica y vigencia está muy relacionada con algunas culturas y regiones del país. Por ejemplo, es una práctica muy vigente en el Pacífico, no tanto en la Amazonía en tanto que en esas culturas



casi todas las mujeres hacen las veces de parteras al atenderse unas a otras sin una formación en particular en ese mismo contexto, más que la experiencia transmitida.

Existen 250 parteras entre la zona rural y la zona urbana de Buenaventura, no fue posible encontrar reportes de otros departamentos o ciudades. (Giraldo Duque, Y, López Ramírez, J. (2019-11-13.). La Partería Tradicional Afro del Pacífico colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas de comunicación. Universidad Autónoma de Occidente.)

Universidad del Bosque

R/ De acuerdo con la OMS, 2015: La partería abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

La partería es un elemento clave de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) y se define en el informe: EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA 2014, como los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién nacidos: Entre estos servicios se incluyen la salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal. Esto permite el análisis de las diversas formas de prestación de servicios de partería por parte de una amplia gama de personal de salud y profesionales asociados.

El Ministerio de Cultura expidió la Resolución 1077 de 2017, por la cual se incluye la manifestación: Saberes asociados a la partería afro del pacífico, en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional y se aprueba su Plan Especial de Salvaguarda.

La partería tradicional afro pacífica es practicada por diferentes comunidades afrodescendientes indígenas y campesinas, particularmente en los sectores rurales del pacífico colombiano. Los saberes asociados a la partería afro pacífica conforman un sistema de conocimientos y técnicas sobre el cuidado del cuerpo y el uso de plantas que han desarrollado las mujeres de la región del pacífico colombiano, para

atender el ciclo reproductivo de la mujer y para diagnosticar y tratar enfermedades de las comunidades en general.

En relación con el número de parteras que existen en Colombia, no se encontraron datos en la revisión de información hecha sobre el tema, por lo que se sugiere consultar al Observatorio de Salud, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura.

Sin embargo, se adjunta información sobre al número de partos, lugar de ocurrencia y personal quien asistió el parto. De acuerdo con estadísticas del DANE, durante el 2020 (1 enero al 31 de octubre) el total de nacimientos en Colombia fue de 512.185, de estos 506.232 fueron atendidos por médicos, 544 por enfermeras, 372 por auxiliares de enfermería, 173 promotores, 2.979 por parteras y 1.885 por otras personas. Adicionalmente se anexa la siguiente tabla en la cual se informa número de partos atendidos en instituciones de salud y en el domicilio.

Estadísticas vitales del DANE -Nacimientos 2020

	Total	Persona que atendió el parto						Sin información
		Médico	Enfermero(a)	Auxiliar de Enfermería	Promotor(a) de salud	Partera	Otra persona	
Total	512.185	506.232	544	372	173	2.979	1.885	0
Institución de Salud	506.249	505.497	479	215	58	0	0	0
Domicilio	5.055	308	38	101	106	2.925	1.577	0

Fuente: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-ydefunciones/nacimientos/nacimientos-2020>

2. ¿Qué formación profesional o técnica deberían tener las parteras? ¿Las parteras pueden aplicar medicamentos? En caso positivo sírvase indicar cuales.

Universidad del Rosario

R/ En la situación actual de las parteras en Colombia no pueden administrar ningún de medicamentos ya que su conocimiento acerca de biología, trabajo de parto, fisiología materna y perinatal es nulo.



En Estados Unidos hay dos vías para lograr ser partera. Uno está conformado por las enfermeras que una vez han logrado el grado de enfermería deciden especializarse en parteras (conocidas como {CNM} Certified Nurse-Midwives) y las personas que deciden ser parteras (conocidas como {CM} Certified Midwives), esto según el American College of Nurse-Midwives. Esto implica que las parteras en Estados Unidos son el producto de un programa formal, reconocido que hoy por hoy tiene además la posibilidad de que después de cumplir con los requerimientos propios de una universidad puede aplicar a ser Doctoras en partería (Doctorate in Midwifery).

Universidad de la Sabana

R/ La formación académica depende de cada país; expondremos a continuación la formación académica para matronas en España:

Es una enfermera especializada, de modo que el primer paso es pasar por la universidad para cursar el grado en Enfermería. Una vez superado, se opta por la especialidad oficial de enfermería obstétrico-ginecológica.

El promedio en tiempo es 5 años de formación para adquirir la formación teórica y práctica para asistir y guiar a las mujeres en cada aspecto de su salud reproductiva. En el caso de las matronas, pueden prescribir los medicamentos necesarios para partos normales, tales como retractores de la fibra uterina; preparados hormonales oxitócicos y otro tipo de uterotónicos como aparece descrito en la Guía Española de atención de parto en casa.

Referencia: Guía de asistencia del parto en casa. ALPAC (Asociación de Llevadores de Parta a Casa de Catalunya).

Universidad del Bosque

R/ En septiembre de 2016, se organizó en Ginebra una consulta mundial de los asesores técnicos y directores de programas de partería del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, procedentes de 30 países del Fondo Temático para la Salud Materna, MHTF y de asociados de partería de todo el mundo, con el fin de aprovechar las lecciones aprendidas de ocho años de aplicación del Fondo Temático para la Salud Materna, MHTF y examinar los éxitos, las buenas prácticas, las lecciones aprendidas y los desafíos que sigue planteando el programa de partería para abordar mejor las necesidades y las brechas de la Salud Sexual y Reproductiva



de la Madre y el Recién Nacido, SRMNAH en los países. Sobre la base de los debates de esta consulta de Ginebra, se acordó que, para mejorar la calidad y el cuidado respetuoso de la salud reproductiva, materna y neonatal, la estrategia mundial revisada estaría focalizada en seis áreas: Objetivo estratégico Esfera de interés 1. Educación - parteras competentes para garantizar una atención de calidad 2. Regulación - para la práctica autónoma de la partería, la seguridad del usuario y la atención de calidad 3. Asociaciones profesionales - asociaciones fuertes y que funcionan bien, que pueden elevar el perfil de la partería y representar a la profesión. 4. Fuerza laboral de partería: mayor uso de políticas, estrategias y planes que tengan en cuenta las cuestiones de género para contratar, desplegar y retener a las parteras. 5. Entorno propicio - marco jurídico y normativo de apoyo y entorno de trabajo para que las parteras proporcionen una calidad respetuosa SRMNAH 6. Parteras reconocidas como parte integral de la Salud Reproductiva de la Madre y el Recién Nacido.

En Chile, por ejemplo, la formación de matronas se inicia en 1834 en la denominada Escuela de Matronas y en 1842 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Actualmente la carrera dura 5 años, otorgando el título de licenciada de matrona. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 85 N.2 abr.2020. En otros programas del mismo país se ofrece la posibilidad de titulación de enfermera y partera.

Con referencia a la administración de medicamentos, en Colombia de acuerdo con la Ley 211 de 2004, esta facultad está dada al profesional de enfermería. ARTÍCULO 13: “En lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente”

3 ¿Quiénes expiden las certificaciones de nacimiento actualmente?

Universidad del Rosario

R/ Los certificados de nacido vivo son expedidos por los médicos que atienden los partos/cesáreas en las diferentes instituciones de salud habilitadas para tal atención, mediante un usuario y una contraseña que se les otorga para poder ingresar a la plataforma RUAF (Registro Único de Afiliados) para que los padres del recién nacido



cuando salgan de la institución de salud puedan ir a diligenciar el registro civil de nacimiento de su hijo en una notaría.

Universidad de la Sabana

R/ Los certificados de nacimiento son expedidos por médicos generales y médicos gineco- obstetras, los cuales son diferentes del Registro Civil de Nacimiento, el cual es expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Universidad del Bosque

R/ El Decreto 1260 de 1970 por el cual se expide el Estatuto del Registro del Estado Civil de las personas, define en el título VI del registro de nacimientos, artículo 49: El nacimiento se acreditará ante el funcionario encargado de llevar el registro del estado civil mediante certificado médico o enfermera que haya asistido a la madre en el parto, y en defecto de aquel, con declaración juramentada de dos testigos hábiles.

4¿Existe alguna guía sobre parto en casa? Si es así ¿cuál es su opinión técnica al respecto?

Universidad del Rosario

R/ No hay una guía sobre el parto en casa en Colombia.

En otros países como por ejemplo España, Reino Unido y Estados Unidos, existen guías que tiene en común la necesidad que haya sistemas y estructuras construidas y organizadas para dar completo apoyo a este servicio del parto en casa. Sería deseable que existieran equipos multidisciplinarios con protocolos consensuados que refuercen el compromiso con las elecciones informadas de las pacientes, en el que la paciente sepa a qué se está enfrentando cuando decide tener su parto en casa.

Universidad de la Sabana

R/ No tenemos conocimiento de guías de atención de parto en casa para Colombia. Hay guías en otros países, como la Guía de Asistencia al Parto en Casa, de la Asociación Catalana de Llevadores, esta guía resalta la importancia de la integración de las parteras al sistema de la Salud que permite tener un plan de traslado a los centros sanitarios en caso de necesidad, esto es uno de los aspectos más relevantes para disminuir las complicaciones obstétricas y perinatales que se pueden presentar



en un parto domiciliario y que no son ajenas a los partos que se atiende en forma intrahospitalaria, la diferencia que puede existir con este último tipo de parto es la disponibilidad inmediata para resolver las complicaciones que son inherentes al proceso de parto, con la integración al sistema de salud los partos domiciliarios reducen el riesgo de las complicaciones maternas y perinatales.

Otro aspecto relevante que se revisan en las guías es tener unos criterios de inclusión sobre que pacientes tienen contraindicación absoluta para atención del parto en casa, la mayoría de las guías cuentan con estos criterios que permiten disminuir el riesgo de complicaciones de los partos en casa.

Universidad del Bosque

R/ El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona cuenta con una guía publicada en 2010, Cochrane, OMS, Medline, Cuiden y las guías de obstetricia de países de tradición de parto en casa como Inglaterra y Holanda.

En Colombia no se cuenta con una guía elaborada sobre el tema, existe una guía de práctica clínica, basada en la evidencia para la atención del parto en instituciones de salud.

5 ¿Qué requisitos se debe cumplir para la atención de un parto y salvaguarda de los pacientes madre e hijo?

Universidad del Rosario

R/ La atención de un parto hospitalario para salvaguardar tanto a la madre como al producto de la concepción son:

- Experticia de los profesionales que atienden el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato de la paciente.
- Experticia de los profesionales que atiende al recién nacido.
- Oxígeno
- Líquidos endovenosos como el Lactato Ringer.
- Medicamentos tales como: Oxitocina, Misoprostol, Acido Tranexámico, Metilergonovina, Acetaminofén.

- Insumos tales como: Venocath, Clorhexidina, Anestesia local (Lidocaína), Vicryl, Tijeras, Pinzas, Compresas, Tensiómetro, Fonendoscopio, Monitor fetal, Partograma.
- Posibilidad de solicitar con premura componentes sanguíneos o en su lugar posibilidad de una remisión adecuada y oportuna a un hospital de mayor complejidad en caso de necesidad.
- Posibilidad de solicitar la intervención de un anestesiólogo para la administración de analgesia regional (peridural) para manejar el dolor de la paciente y/o su intervención para una cirugía de urgencia que puede ser desde una cesárea para intervenir un sufrimiento fetal agudo, hasta una histerectomía para manejar una atonía uterina cuando el manejo médico no fue exitoso. Debemos recordar en este espacio que una paciente de bajo riesgo tiene la posibilidad durante el parto de convertirse en una paciente de alto riesgo entre 5 a 12%.

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:

- Equipo de succión
- Succionador mecánico
- Pera de caucho
- Sondas para succión
- Aspirador
- Equipo de vía aérea
- Máscaras para recién nacidos prematuros y a término
- Fuente de oxígeno con flujómetro
- Laringoscopio con hojas rectas
- Tubos endotraqueales
- Guantes y tapabocas desechables
- Suturas
- Medicamentos
- Adrenalina
- Naloxona
- Líquidos endovenosos
- Otros
- Lámpara de calor radiante
- Estetoscopio
- Micropore



- Jeringas y agujas
- Llave de tres vías
- Pulso-oxímetro
- Monitor
- Sondas de alimentación
- Catéteres umbilicales

Universidad del Bosque

R/ En la Resolución 3280 del 2018, se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (RIAS) y la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Las RIAS contemplan intervenciones individuales, intervenciones del PIC Y Colectivas, Poblacionales y las acciones de Gestión del Riesgo encaminadas a la atención integral y segura de esta población.

La Ruta Integral de Atención Materno Perinatal tiene como objetivo garantizar la atención integral en salud a las gestantes, los recién nacidos, sus familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud.

Lo anterior mediante las atenciones para el trabajo de parto, parto y posparto, así como atención al recién nacido, e

n que se establece las guías de práctica clínica basadas en la evidencia con el fin de disminuir las complicaciones obstétricas y del recién nacido, contando con los insumos necesarios para lo que se requiere para una atención segura y con calidad, como por ejemplo un kit de reanimación neonatal y un kit de emergencias obstétricas.

Se debe contar además con formatos de seguimiento a las emergencias y al evento de parto y de la conformación de equipos de reanimación.

6 ¿Qué cuidados se debe tener al momento del nacimiento para la protección del bebe y para la protección de la madre?

Universidad del Rosario





R/ Las adecuadas condiciones de asepsia y antisepsia para evitar la infección posterior ya que un parto representa una atención limpia contaminada, lo cual se representa en una situación clínica que aumenta las probabilidades de infección puerperal.

Es fundamental contar con una camilla ginecológica que permita la posición de litotomía para poder hacer un examen en el postparto inmediato que nos permita estar seguros de que la paciente no tenga un desgarro a nivel de cuello, paredes vaginales o esfínter anal que deba ser suturado de inmediato, ya que estas son complicaciones posibles y frecuentes en cualquier parto independientemente de la persona que se encarga de la atención de la paciente. Recordemos que este tipo de complicaciones son posibles y no necesariamente implican una mala atención y por otro lado, tampoco corresponden a situaciones propias de pacientes de alto riesgo sino que se presentan en pacientes de bajo y alto riesgo. Asociado a esto, nuevamente insisto en la posibilidad de que una paciente de bajo riesgo se convierta en paciente de alto riesgo durante la atención del parto en una probabilidad que está entre el 5 a 12%, en cuyo caso debemos contar con componentes sanguíneos, posibilidad de ser controlada en una unidad de cuidado intensivo y desde luego de poder ser pasada a cirugía de urgencia, para lo cual se necesita un quirófano con todos los insumos que implica este (máquina de anestesia y medicamentos especializados) y el recurso humano necesario para que funcione adecuada y oportunamente.

En los países donde la partería es parte del sistema de salud, se cuenta con una red de vías terrestres y aéreas mediante helicópteros medicalizados que permiten la georreferenciación previa de la paciente que decide tener el parto en casa para que en caso de necesidad pueda ser trasladada al hospital para salvar su vida y la de su bebé.

Es importante hacer énfasis en que algo que nunca va a tener la paciente que tiene su atención en casa es la posibilidad de la analgesia peridural, ya que este procedimiento se ofrece con la competencia de un anestesiólogo en los hospitales de nuestro país.

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los cuidados al nacimiento son:

Se debe contar con un entorno limpio y organizado para el cuidado del recién nacido, por lo cual es de gran importancia un adecuado lavado de manos con agua y jabón



antes de sujetar, alzar o cambiar al neonato. Así mismo contar con muda de ropa, pañal etapa 0 y cobija.

Ante alguna complicación el área de adaptación neonatal debe tener facilidad para un rápido traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, la cual corresponde al espacio dentro de los hospitales destinado al cuidado y la atención especializada de neonatos que tengan riesgo o presenten alguna condición que pueda comprometer su vida o su desarrollo.

Universidad de la Sabana

R/ Cuidados de la madre:

Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.

Cuidados del Recién Nacido

- Facilitar y promover el vínculo madre-hijo.
- Contacto piel a piel.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
- Profilaxis oftálmica neonatal.
- Realizar tamizaje neonatal.

Universidad del Bosque

R/ El cuidado fundamental de las intervenciones es la protección y la vida de la madre y el niño, para lo cual se requiere contar con profesional con formación y capacitación en el área, como lo señala la Resolución 3280 de 2018, capaz de brindar una atención integral al binomio y familia, además de mantener las condiciones de asepsia en las que se realiza el procedimiento, el uso de las técnicas y de los recursos requeridos

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



para atender una urgencia obstétrica o una urgencia con el recién nacido, como se indicó en el punto anterior.

7¿Existen casos de muertes por mala praxis en partos caseros? Sírvase remitir las cifras o reportes

Universidad del Rosario

R/ Si partimos del hecho de que la partería no es una actividad controlada en nuestro país, pues **es imposible solicitar actualmente estadísticas** con respecto a los resultados de la actividad, ya que si vemos la situación desde la óptica técnica, actualmente constituye una actividad ilegal y sin control técnico-científico.

Universidad de la Sabana

R/ La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. En América Latina y El Caribe, 3'240.000 gestantes no tienen control del embarazo y 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto (1). De acuerdo con la OPS: "existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y **1/3 de las gestantes mueren en casa**, sin recibir atención alguna en una institución de salud.

Sólo el 53% de todos los partos en el mundo es atendido por profesionales de salud o personal de salud calificado. El 75% de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado.

La Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de Profamilia 1990 reportó que en el país 22% de los niños nacieron en el hogar. Para Bogotá el 7%. Esta misma encuesta para 1995 muestra cifras nacionales de 22,6% y de 4,4% en Bogotá. Para el año 2000 estas cifras bajan a 12,3 % para el país y 2,4 % para Bogotá (2). Según lo anterior el parto no institucional en Bogotá ha disminuido en forma sostenida en los últimos 10 años. Según el estudio realizado, por Peñuela y colaboradores en Bogotá sobre las muertes maternas ocurridas entre junio de 1995 y Julio de 1996, el 3,4 % de éstas fueron partos atendidos en casa

Universidad del Bosque





R/ Un estudio realizado por la dirección de Garantía Acceso a los Servicios de salud de Costa Rica en 2010 muestra que para 2010: 3.240.000 gestantes de la región no tienen control del embarazo, y que 3.440.000 no reciben atención del parto en institución de salud, 25.000 gestantes mueren anualmente en la región. La razón de mortalidad materna para la región de América Latina y el Caribe es de 190 por 100.000 nacidos vivos.

En el mismo estudio se señala que la hemorragia fue la primera causa de muerte entre las mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua. La hipertensión inducida por embarazo es la causa más importante de muerte en: Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela.

En la publicación Índice Nacional de Salud 2020, se muestra que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, en Colombia tiene un desempeño alto, registrando un 99% de partos atendidos por personal calificado, frente al peor valor del grupo de la OCDE registrado por Dinamarca y el mejor reconocido por países como Corea, Lituania, Países bajos y Suiza. cobertura del 100% de su población. La peor cifra es registrada por Austria con un 85%, lo que le da a Colombia 62 puntos dentro del grupo y se mide en una escala de 1 a 100.

Razón de Mortalidad Materna

La razón de Mortalidad Materna es definida por la OMS como la muerte de una mujer durante su etapa de gestación, en el momento del parto o 42 días después del mismo por cualquier causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio; indicador que, pese a su progresiva disminución de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Salud, ubica a Colombia como la peor cifra dentro del grupo de comparación, mientras Polonia, Noruega e Italia se ubican como el mejor indicador. De acuerdo a las cifras presentadas a nivel nacional, Colombia aún se encuentra lejos de conseguir las metas trazadas por los ODS, que proponen reducir para el 2030 las mortalidades maternas a 32 por cada 100.000 nacidos vivos.

Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social a la semana epidemiológica 37 del 2020 se notificaron 406 muertes maternas: 292 tempranas y 100 tardías, ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación y 14 por causas



coincidentes.

8. ¿Cuáles son los efectos reales del parto en casa para la madre y el bebé?

Universidad del Rosario

R/ En relación con el componente pediátrico de este interrogante, la Academia Americana de Pediatría (del inglés American Academy of Pediatrics – AAP), el pasado año 2020 actualizó sus recomendaciones sobre este tema, originalmente expuestas en el año 2013, donde nuevamente hace énfasis y reitera que resulta más seguro para el bienestar del recién nacido, la atención del parto dentro de una institución hospitalaria; incluso a pesar de la actual pandemia de coronavirus. En la actualidad, según dicho informe, en los Estados Unidos, **el parto en casa se asocia con un aumento del doble al triple en mortalidad infantil**, así como también con mayores riesgos de complicaciones médicas en el recién nacido.

Hay dos situaciones fundamentales para hacer la comparación entre el parto en casa y el parto institucional:

- La adecuada selección de las pacientes para que tengan parto en casa. Es decir, esto no depende únicamente del deseo de la madre sino de que sea completamente de bajo riesgo para que las posibilidades de complicaciones disminuyan con la atención en casa. Por otro lado, la paciente debe estar correctamente informada de que asumiendo esta decisión está asumiendo también la posibilidad de que existan complicaciones propias del parto que no dependen de haber tenido un control prenatal normal y haberse mantenido como de bajo riesgo hasta el momento del parto.
- La adecuada instrucción previa de las parteras para que puedan ser categorizadas como profesionales de su trabajo y no mujeres que tradicionalmente se han dedicado a tal actividad sin ningún tipo de preparación. Insisto que la preparación en los países donde está instaurada esta oferta de atención, existe un adecuado vínculo con el sistema de salud y una preparación a nivel universitario.

Las mujeres que han estado en atención domiciliaria del parto ponen de presente la comodidad de su hogar como un evento familiar en el que participan las personas que



ellas han decidido previamente. Situación esta que con la tendencia clara de nuestro país en los últimos años de humanizar el proceso de parto en las instituciones de salud, hemos podido solventar de alguna manera, tal y como se encuentra descrito en la Resolución 3280 de 2018, mediante la cual se identifican las RIAs (Ruta Integral de Atención en Salud) para las madres y sus productos y la circular 016 de 2017 cuyo objetivo es fortalecer las acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. Estos dos documentos y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, están rigiendo las acciones médicas e institucionales en lo concerniente a la atención de trabajo de parto, parto y puerperio en nuestros hospitales actualmente. Esto además, hace que la argumentación de que el único tipo de parto humanizado que se puede tener es en la casa es una afirmación falsa por cuanto ya estamos implementando acciones en las instituciones de salud donde se atienden partos, encaminadas a **humanizar la práctica** y ofrecer a las pacientes una atención técnicamente adecuada y oportuna dentro de un contexto de humanización, tal y como puede explorarse con las pacientes mismas y los indicadores juiciosos de dichas prácticas, que permiten trascender del voz a voz y de las impresiones personales a los planos tangible y demostrables.

Universidad de la Sabana

R/ En los Estados Unidos, aproximadamente 35,000 nacimientos (0.9%) por año ocurren en casa. Aproximadamente una cuarta parte de estos nacimientos no se planifican. Aunque el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos cree que los hospitales y los centros de maternidad acreditados son los lugares más seguros para el parto, cada mujer tiene derecho a tomar una decisión con información médica sobre el parto. Es importante señalar que se debe informar a las mujeres de los factores que son fundamentales para reducir las tasas de mortalidad perinatal y lograr resultados favorables en el parto domiciliario. Estos factores incluyen la selección adecuada de candidatas para el parto en casa; la disponibilidad de una enfermera-partera certificada, partera certificada o partera cuya educación y licencia cumplan con los Estándares Globales para la Educación en Partería de la Confederación Internacional de Parteras, o un médico que ejerza la obstetricia dentro de un sistema de salud integrado y regulado; fácil acceso a la consulta; y acceso a transporte seguro y oportuno a los hospitales cercanos. El Comité de Práctica Obstétrica considera que la mala presentación fetal, la gestación múltiple o el parto por cesárea anterior son una contraindicación absoluta para el parto domiciliario planificado.

Universidad del Bosque

R/ No se encuentran estudios que permitan contar con resultados para responder objetivamente la pregunta.

Se han reportado poca evidencia científica que valide los efectos del parto domiciliario en la madre y el bebé. Como se argumenta en dos revisiones sistemáticas de literatura realizadas en el 2013 (Efectos beneficiosos y perjudiciales del parto planificado en el hospital comparado con el parto planificado en el domicilio para las pacientes embarazadas de bajo riesgo) y en el 2019 (Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual)¹⁻²

En estos estudios se concluye que se necesitan investigaciones más amplias, que permitan evidenciar científicamente el parto en el domicilio como una opción segura, permitan unificar los criterios profesionales y protocolizar esta asistencia ofertándola de forma segura a las mujeres y que lo que es más importante generar más evidencia que actualice de forma regular la información y que incluya estudios observacionales de esta población.

Algunos efectos reportados son:

Que no existe mayor riesgo perinatal del parto domiciliario, en hogares que están bien integrados que cuenten con todas las condiciones de salubridad para darse el parto domiciliario y con el soporte del sistema de salud bien establecido en parto de bajo riesgo. Sin embargo, reportan mayor mortalidad perinatal del parto extrahospitalario en relación al parto institucionalizado, y la mortalidad neonatal aumenta significativamente cuando el parto es atendido por personal no cualificado o matronas no calificadas.

Aquellos partos domiciliarios planificados tienen mayor probabilidad de tener menos intervenciones médicas.

El binomio parto en casa o del parto hospitalario está influido por distintos factores tales como, país en el que se produce el parto, si este es planificado o no lo es, atendido por personal cualificados, si son /as profesionales y embarazos de alto o de bajo riesgo.



9. Sírvase informar ¿qué riesgos y de qué tipo estarían expuestos tanto la madre como él bebe en el parto?

Universidad del Rosario

R/ En relación con el componente pediátrico de este interrogante, en un parto atendido por personal idóneo en un centro de salud, existen los siguientes riesgos, a pesar de la adecuada atención y de un control del embarazo adecuadamente realizado:

- Afeciones respiratorias
- Procesos infecciosos
- Traumas
- Sangrados
- Trastornos metabólicos
- Alteraciones hematológicas
- Lesiones neurológicas

En el ámbito obstétrico la paciente está expuesta a situaciones tales como:

- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia)
- Desgarros perineales durante el parto
- Desgarros del cuello uterino
- Sufrimiento fetal agudo por compresión del cordón umbilical o por posiciones del cordón alrededor del cuello fetal.
- Necesidad de intervenir quirúrgicamente a la paciente de urgencia por situaciones tales como:
 - Desprendimiento de placenta antes del parto (Abruptio).
 - Detención en el descenso de la presentación fetal o de la dilatación del cuello materno.
 - Oxigenación inadecuada del feto por efecto de las contracciones uterinas que provocan estados fetales insatisfactorios que deben intervenirse por vía cesárea con urgencia.
 - Atonia uterina dentro de las 2 primeras horas después del parto que debe tratarse médicamente y en caso de que este tratamiento sea infructuoso se deba intervenir para la realización de histerectomía abdominal de urgencia.



Universidad de la Sabana

R/ El parto domiciliario planificado se asocia con menos intervenciones maternas que el parto hospitalario planificado, también se asocia con un riesgo más del doble de muerte perinatal (1-2 en 1000) y un riesgo tres veces mayor de muerte neonatal, convulsiones o disfunción neurológica grave (0,4 a 0,6 en 1.000). (Planned Home Birth ACOG boletín 2017 number 697).

Estudios publicados mencionan seguridad en los resultados maternos en la atención del parto en el domicilio en los cuales se selecciona las gestantes como de bajo riesgo.

En un metaanálisis de 2019 de 14 estudios de cohortes que comparan los resultados perinatales de aproximadamente 500.000 partos domiciliarios planificados entre mujeres de bajo riesgo en países con buenos recursos con los de mujeres de bajo riesgo similar con partos hospitalarios planificados los resultados fueron similares en ambos grupos. Es necesario mencionar que todos los estudios fueron realizados en países con sistemas de salud robusto y con un plan de atención prenatal con una selección y clasificación del riesgo avanzada.

Sin embargo, es fundamental tener en mente que estos metaanálisis evidenciaron que la **mortalidad perinatal o neonatal es superior en los partos domiciliarios sobre todo en los casos en que las parteras no están integradas al sistema de salud o en mujeres nulíparas** (entornos de partos domiciliarios donde las parteras están bien integradas en los servicios de salud: razón de probabilidades OR 1,07. Entornos de partos domiciliarios donde las parteras están menos integradas a los servicios de salud: OR 3,17). En algunos estudios también se han encontrado puntajes de Apgar bajos y **mayor riesgo de convulsiones neonatales**.

En un metaanálisis **holandés** de 2010 de 12 estudios de países occidentales que evaluaban los resultados maternos y neonatales asociados con más de 342.000 partos domiciliarios planificados y más de 207.000 partos hospitalarios planificados, el parto domiciliario se asoció con tasas más bajas de intervenciones, reducciones en la morbilidad materna y niveles comparables de muertes perinatales, pero una **tasa más alta de mortalidad neonatal**.

En resumen, la información en general muestra una seguridad desde el punto de vista materno con incremento de morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes seleccionadas como de bajo riesgo, situación que debe ser discutida con la madre y su familia.

Universidad del Bosque

R/ Las complicaciones presentes para la mujer y el niño durante el trabajo de parto y parto están relacionadas con los riesgos presentes en las mujeres incluso desde antes de la gestación, la detección temprana de dichas condiciones permite definir mediante el plan de parto las estrategias y atenciones pertinentes que permitan prevenir la enfermedad grave y/o mortalidad de la madre y/o el niño. Sin embargo, **mujeres sin riesgo podrían presentar también complicaciones durante el parto**, como hemorragias, y los recién nacidos pueden presentar complicaciones como la asfixia perinatal, condiciones que pueden provocar la muerte o consecuencias a corto y largo plazo.

Con el fin de minimizar los riesgos, es fundamental contar con el recurso humano con formación y experiencia para manejar una emergencia obstétrica y del recién nacido. Existe en Colombia la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. La Guía está dirigida a personal clínico asistencial que brinda cuidados a mujeres en prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en los diferentes niveles de atención en salud, médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de salud.

10 ¿Cuáles son las condiciones de salubridad e higiene que se deben tener durante el parto para la salvaguarda de la vida de la madre y el bebé? Explique cuál es el procedimiento o exigencias que debe tener quien atiende el parto.

Universidad del Rosario

R/ En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:

- Equipo de succión
- Succionador mecánico
- Pera de caucho

- Sondas para succión
- Aspirador
- Equipo de vía aérea
- Máscaras para recién nacidos prematuros y a término
- Fuente de oxígeno con flujómetro
- Laringoscopio con hojas rectas
- Tubos endotraqueales
- Guantes y tapabocas desechables
- Suturas
- Medicamentos
- Adrenalina
- Naloxona
- Líquidos endovenosos
- Otros Lámpara de calor radiante
- Estetoscopio
- Micropore
- Jeringas y agujas
- Llave de tres vías
- Pulso-oxímetro
- Monitor
- Sondas de alimentación
- Catéteres umbilicales

En obstetricia como en las demás áreas de la medicina, la normatividad con respecto a las normas de asepsia y antisepsia son fundamentales por eso el lavado de manos hace parte de la experticia técnica que debe tener la persona que se encarga de atender un parto. Además de un medio aséptico, que implica los insumos descritos previamente sumados al traje quirúrgico, guantes estériles, elementos de protección personal para protegerse y proteger a la paciente de contaminación por bacterias o virus, jabón quirúrgico, compresas.

Universidad de la Sabana

R/ De acuerdo con la ACOG (Asociación Americana de Ginecólogos Obstetras) se debe informar a las mujeres de que varios factores son fundamentales para reducir las tasas de mortalidad perinatal y lograr resultados favorables del parto en casa. Estos factores incluyen la selección adecuada de las candidatas para el parto en casa; la disponibilidad de una enfermera-partera certificada, partera certificada o partera



cuya educación y licencia cumplan con los Estándares Globales para la Educación en Partería de la Confederación Internacional de Parteras, o un médico que ejerza la obstetricia dentro de un sistema de salud integrado y regulado; fácil acceso a la consulta; y acceso a transporte seguro y oportuno a los hospitales. ACOG (Asociación Americana de Ginecólogos Obstetras)

En España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) han reivindicado y recomendado un progreso hacia la humanización de la asistencia al parto, para acercarnos al proceso fisiológico del que se trata sin por ello dejar de garantizar la seguridad para la madre y el neonato. En el año 2010, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona publicó la Guía de asistencia para el parto en casa, que ha sido actualizada en el 20187. Va dirigida a las matronas que asisten el parto en el domicilio con el fin de que puedan proporcionar la asistencia adecuada. En dicha guía se indica que el parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de morbilidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud. Estos buenos resultados están directamente relacionados con la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, que permiten un traslado de la gestante y su RN al hospital. En nuestro país **no existe ningún circuito consensuado con los distintos niveles asistenciales que facilite el traslado del domicilio al hospital**, hecho significativo a tener en cuenta por los futuros padres y profesionales a la hora de optar por un parto domiciliario.

Universidad del Bosque

R/ La Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social (2013), contempla en la sección 5: Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan de las propuestas en la sección. Entre otros se señalan la hipertensión, enfermedad cardíaca, trastornos de coagulación.

11 ¿Qué requisitos debe tener el personal que atiende un parto?



Universidad del Rosario

R/ En Colombia quienes atienden partos son:

- Médico general: Es entrenado durante el período de pregrado (usualmente 6 años) para la atención de partos de bajo riesgo y la identificación de pacientes con factores de alto riesgo para que se encargue de una adecuada y oportuna remisión a una institución que responda a las necesidades de la paciente.
- Médico especialista (Ginecólogo y Obstetra) es entrenado durante 3 o 4 años, después de graduarse como médico general para que atienda todo tipo de partos (Bajo y alto riesgo) y vele por las patologías propias del sistema reproductor femenino durante las diferentes etapas de la mujer.
- Enfermera jefe: Solo en caso de necesidad extrema en sitios donde no es posible que la paciente sea atendida por un médico.

Todos tienen formación profesional y en el caso de los ginecólogos y obstetras, un entrenamiento adicional formal y avalado por el Ministerio de Educación a través de una universidad.

Universidad de la Sabana

R/ La literatura internacional recomienda una preparación académica para parteras o enfermeras con Especialización en Obstetricia que puede estar alrededor de 4 a 5 años. Estos programas deben contener un programa teórico práctico que permita alcanzar las competencias para la atención del parto por este personal de Salud, el Ministerio de Educación en Colombia debe registrar a través de las Universidades cual sería el contenido para culminar este proceso de formación como parteras profesionales.

Universidad el Bosque

R/ Los establecidos para el Talento Humano en la **Resolución 3280 del 2018**, por la que 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 materno perinatal (RIAS). En el apartado 4.7.2 tácitamente establece que **se requiere**

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



de un equipo multidisciplinario y que el “**requerimiento mínimo** de talento humano en salud para la atención del parto de bajo riesgo es: profesional de medicina, o profesional de enfermería que acredite formación específica en atención de partos de baja complejidad en pregrado o posgrado y educación continua expedida por una IES acreditada por el estado y que ofrezca el programa de enfermería”. Adicionalmente se debe tener garantizada la atención al binomio madre- recién nacido para lo cual se establece en el apartado 4.10 la atención del recién nacido y por ende las condiciones y el talento humano requerido “Los requerimientos mínimos son los mismos de la atención del parto de bajo riesgo y equipo multidisciplinario entrenado en adaptación y reanimación neonatal”.

12. ¿Qué estudios académicos se han llevado a cabo en el país en relación con el parto en casa?

Universidad del Rosario

R/ Existen artículos como los referenciados previamente, pero teniendo en cuenta que **la actividad no está controlada por ningún estamento administrativo, educativo o de salud**, es imposible tener referencias serias de seguimiento a la actividad.

Index Enferm vol.21 no.1-2 Granada ene./jun. 2012 Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296 Celmira Laza Vásquez 1 División de Investigaciones-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Bogotá, Colombia

Universidad de la Sabana

R/ En la revisión realizada solo se encontró un estudio:

Rev. salud pública. 3 (2): 154 -170, 2001 154 Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Catalina Borda Villegas Nutricionista, M. Sc. Salud Pública. Tel: 6250423. E-Mail: caborda@tutopia.com

Universidad del Bosque



R/ Se reporta el estudio realizado por Ana Belén Rodríguez F, Miembro del grupo de Investigación en Historia y pensamiento Enfermero denominado La experiencia de parir en casa, publicado en Scielo ISSN 132, marzo. 2009.

Partería urbana en Bogotá: Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto. Monografía de grado Escuela de Ciencias Humanas Programa de Antropología 2013

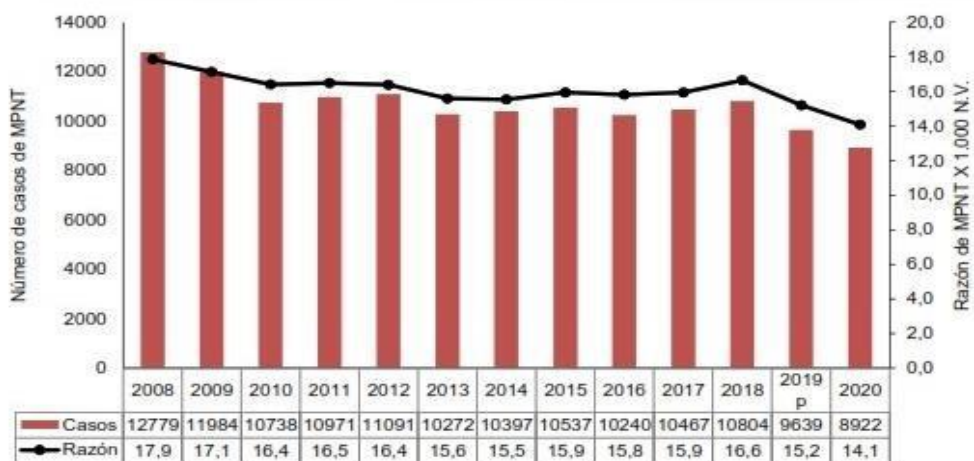
13¿Existe alguna relación en la disminución de la mortalidad de madres como de bebés por la atención del parto en centros de salud?

Universidad del Rosario

R/ Relación con el componente pediátrico de este interrogante, es necesario tener claridad en estas dos definiciones:

- Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete días después del nacimiento.
- La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Se dividen en:
 - Muertes neonatales tempranas: son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida.
 - Muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días hasta antes del 28º día de vida.

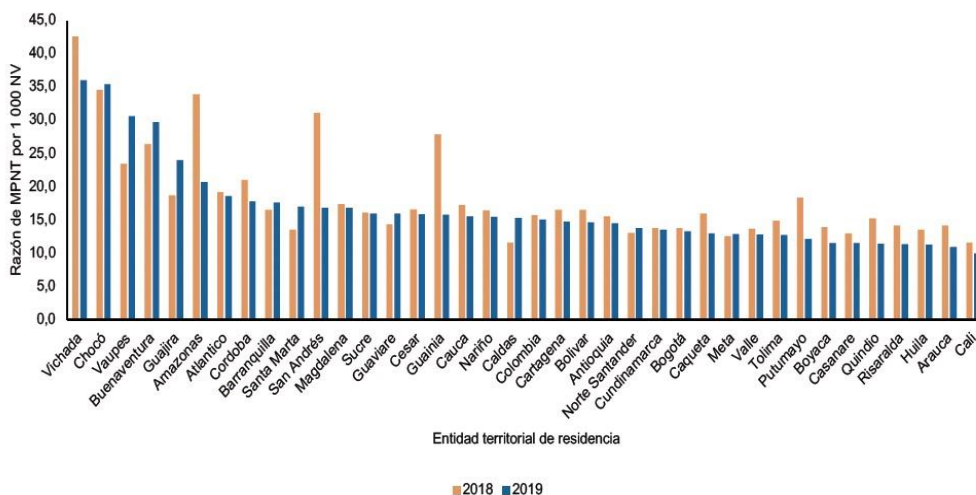
De esta manera se evidencia en la siguiente figura que existe desde el año 2008 un estabilidad **o disminución en la mortalidad perinatal y neonatal**, asociado a las mejores condiciones de salud de la población, las cuales en este tema en particular se refieren a todas las variables de la atención en relación con la gestante, **incluyendo la atención del parto en un centro de salud con personal idóneo** para tal fin.



Tendencia de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia 2008 – Período Epidemiológico XIII 2020.
Fuente: DANE 2008-2018. Sivigila 2019 - 2020

En el Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud de Febrero de 2020, vemos como hay una tendencia clara de disminución de la mortalidad materna en los diferentes departamentos de Colombia, incluso en aquellos donde esta ha sido una característica por las situaciones propias del departamento (Territorios Nacionales).

Figura 2. Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018-2019



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018, 2019.
DANE, Estadísticas Vitales, Cifras preliminares nacimientos 2018.

Universidad de la Sabana

R/ La hospitalización del parto a lo largo de los últimos años ha ido medicalizando el proceso y desnaturalizándolo, lo cual, junto a la **sensación de seguridad** que se ha establecido en nuestra sociedad, ha generado que resurja como opción el parto domiciliario. En diciembre del 2014, se publicó una actualización de la guía inglesa del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la atención al parto, que generó un amplio debate. En dicha guía se establece que las mujeres multíparas de bajo riesgo pueden dar a luz en su domicilio o en unidades de parto (unidades dirigidas por matronas, independientes o adyacentes al hospital), dado que la tasa de intervenciones es más baja y el pronóstico para el recién nacido (RN) no es significativamente distinto comparado con una unidad obstétrica hospitalaria. Para las mujeres nulíparas de bajo riesgo, establece que parir en una unidad de parto es igualmente adecuado, con el mismo pronóstico para el RN, pero el parto domiciliario en este grupo de mujeres está asociado a un incremento (alrededor del 4%) de eventos adversos en el RN, siendo los más frecuentes la encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) y el síndrome de aspiración meconial (SAM). Resalta que es



importante asegurar que todas las mujeres que decidan dar a luz de forma extrahospitalaria **tengan acceso rápido y seguro a una unidad obstétrica hospitalaria en caso de complicaciones médicas.**

Referencia: Anales de Pediatría Volumen 93, Issue 4, octubre 2020

Universidad del Bosque

R/ No se cuenta con información reciente sobre estudios comparativos sobre mortalidad relacionada al sitio de atención del parto en el contexto colombiano. Se describen algunos datos de otros estudios a nivel internacional. Los indicadores relacionados a mortalidad materna y neonatal no se expresan en relación al sitio del parto.

Algunos estudios internacionales relacionados a la mortalidad materna y neonatal asociados al sitio de atención del parto refieren lo siguiente:

Estados Unidos: mortalidad perinatal fue mayor en el parto extrahospitalario (3,9 por cada 1000 partos) que en el parto hospitalario (1,8 por cada 1000 partos) aunque el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos.

Estados Unidos: Las **tasas de mortalidad neonatal en los partos en el hogar aumentan significativamente** (matronas certificadas RR:1 y matronas no certificadas RR:1,41, diferencia estadística no significativa $p=0,2$), sin verse influidos por el estatus de certificación profesional de la partera. 3

Inglaterra: En los partos domiciliarios las **tasas de mortalidad neonatal aumentan significativamente** (muerte neonatal en el hospital con matrona certificada 3,2/10000; en casa con matrona certificada la mortalidad neonatal fue 10/10000 y de 13,7/10000 con matronas no certificadas en el hogar)4.

Mas allá de dónde acontece el proceso de nacimiento lo que podría tener una relación entre la mortalidad materna y neonatal es el tipo de asistencia relacionada al recurso humano en salud, recursos y atención de salud que se tiene y las prácticas de cuidado en el nacimiento y postparto.

14. ¿Cuál es el protocolo y requisitos de ingreso de la información y datos de la madre y el bebe en historia clínica en el proceso gestacional y el parto?

Universidad del Rosario

R/ La estructura de toda historia clínica implica:

- Identificación de la paciente
- Nombre y apellidos completos
- Identificación
- Teléfonos de contacto
- Dirección
- Profesión
- Cobertura de salud (EPS)
- Motivo de consulta
- Motivo por el cual la paciente acude al hospital
- Enfermedad actual

Signos y síntomas y hallazgos clínicos expresados por la paciente y convertidos por el médico en lenguaje técnico-científico

- Revisión por sistemas
- El médico hace un registro de los demás sistemas del organismo de la paciente que no ha sido referidos por ella en el motivo de consulta o en la enfermedad actual
- Antecedentes
- Personales
- En caso de la paciente gineco-obstétrica
- Edad de la primera menstruación
- Fecha de última menstruación
- Número de embarazos, partos vaginales y/o cesáreas, abortos, ectópicos, nacidos vivos, nacidos muertos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Métodos de planificación

- Fecha de última citología vaginal y resultado
- Edad de inicio de vida sexual activa
- Número de Compañeros sexuales
- Número de controles prenatales
- Resultados de los exámenes propios del control prenatal
- Reportes de ecografías
- Quirúrgicos
- Patológicos
- Tóxico-alérgicos
- Vacunas durante el embarazo
- Medicamentos
- Transfusionales
- Familiares
- Enfermedades hereditarias
- Enfermedades de tendencia familiar
- Examen Físico
- Se describen los siguientes hallazgos de:
- Signos vitales
- Estado de consciencia
- Cuello
- Cardio-pulmonar
- Abdomen (Situación, presentación, número de fetos, dorso, vitalidad dada por la fetocardia)
- Genitales externos
- Tacto vaginal (Descripción de dilatación, borramiento, estado de las membranas, variedad de posición de la presentación fetal)
- Especuloscopia
- Impresiones diagnósticas
- Plan de manejo
- Solicitud de exámenes
- Explicación del manejo intra o extrahospitalario
- Medicamentos
- Explicación a la paciente y su familia del plan de manejo
- Firma de consentimientos informados en caso de hospitalización



Posterior a la hospitalización de una paciente en trabajo de parto se hacen evoluciones periódicas cada 2 o 3 horas describiendo la evolución clínica de la paciente y las intervenciones médicas, incluyendo el partograma (registro gráfico de la dilatación, borramiento y estación fetal con relación al tiempo del trabajo de parto). Una vez se atiende el parto debe diligenciarse la **plataforma del RUAF** para que quede registro de la atención y pueda la madre gestionar a través de la notaria el registro civil de nacimiento.

Universidad de la Sabana

R/ Lo referido en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. Resolución 3280 de 2018.

Se deja expresa constancia que la presente respuesta no corresponde a opinión o concepto de La Universidad de La Sabana, ya que expresa la opinión profesional y personal de los funcionarios que suscriben la presente respuesta.

Universidad el Bosque

R/ La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y contiene los datos de los pacientes de acuerdo con el art. 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser consultado por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. En el art.35 se establece que en las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

UNIVERSIDAD DEL BOSQUE RESPUESTA SOLICITUD DE CONCEPTO PL 482 DE 2020

A continuación, se expresa el concepto de un grupo docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, frente al sobre cada uno de los artículos del proyecto de la referencia.



Objeto. Art.1

La presente Ley tiene por objeto regular el parto en casa como una alternativa para las mujeres gestantes y garantizar su decisión libre sobre el lugar donde deciden realizar su labor del parto.

Concepto

En Colombia se encuentra normatividad sobre la atención del parto en las siguientes normas:

- Resolución 3280 de 2018 (vigente) “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención 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” y establece que sólo los profesionales en medicina y enfermería con formación específica pueden atender partos de bajo riesgo. Esta Resolución del 2018 se realizó teniendo en cuenta la mejor evidencia para garantizar una atención segura de la gestante antes, durante y después del parto. Solo los profesionales en medicina y enfermería con formación específica pueden atender partos de bajo riesgo
- Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación en los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habitación de servicios de salud.
- Guía clínica de Atención del parto. Ministerio de Salud.2013.

Concepto

Por lo anterior no se considera que la escogencia del sitio en donde se lleva a cabo el parto sea materia de legislación. El Ministerio de Salud y Protección Social, entidad competente en materia de salud, puede estudiar incluir un apartado en la Guía de Práctica Clínica de Atención del parto que explicita las condiciones de salubridad del medio elegido y las condiciones de salud de la mujer que desee tener su parto en casa, así como el recurso con formación establecido en la resolución 3280 de 2018



que atenderá el parto y los sistemas de remisión en caso de ocurrir una complicación o un evento adverso, tal como se menciona en el apartado de plan de parto de esta resolución.

Definición Art.2

Para los efectos de la presente ley se entenderá por matrona a aquella persona con formación profesional, técnica o aquella partera tradicional con capacitación certificada, que asiste a las mujeres gestantes durante las etapas del parto”.

Concepto

El perfil propuesto no existe en Colombia, con el ánimo de aclarar la afirmación se exponen las siguientes normas:

- Ley 1164 de 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del talento Humano en Salud, no se encuentra la matrona como uno de los profesionales dentro del talento humano en salud”. La pertinencia de nuevos programas se lo da esta norma en el artículo 12 al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina.
- Ley 1438 de 2011: El Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus artículos 95 y 96, establece que son los profesionales regulados, los prestadores de servicios de salud. En la actualidad en Colombia, no existen colegios de matronas y parteras; son las organizaciones de enfermeras que han contribuido a las diferentes guías, protocolos de atención de la gestante y el parto
- Resolución 1077 de 2017 reconoce la partería tradicional como una práctica de conocimientos ancestrales. Este fue una gestión de la Asociación de Parteras del Pacífico (ASOPARURA).

Es importante además aclarar que en la educación superior colombiana se establecen diferentes niveles de formación y el desempeño de un técnico no puede ser equiparado al de un profesional en la misma área dada las diferentes competencias para lo cual fue formado.



Se considera que no se está teniendo en cuenta la atención del recién nacido, la cual es igualmente importante y requiere de personal entrenado para intervenir posibles complicaciones y no necesariamente quien atiende un parto esté cualificado para atender integralmente a un recién nacido. Se requiere diferenciar las funciones que cada profesional debe tener según nivel de formación.

Decisión informada. Art.3

“Todas las mujeres gestantes tendrán el derecho a tomar la decisión libre e informada sobre el lugar dónde desean parir. Las diferencias que se presenten entre la voluntad de la mujer gestante y el concepto médico se definirán a través de los parámetros que fije la guía de práctica clínica sobre el parto en casa”.

Concepto

La decisión de la mujer sobre el lugar donde decide realizar su labor de parto debe estar estrechamente relacionada con la información que la mujer tenga sobre sus condiciones de salud, y sobre los riesgos que puedan eventualmente surgir en un procedimiento que, como todos los procedimientos, tienen un nivel bajo o alto de riesgo.

Se considera de estricto cumplimiento el señalar que la atención de parto en casa debe realizarse en mujeres que hayan seguido un estricto control del embarazo y cuenten con los exámenes preclínicos establecidos en la guía clínica para la atención del parto.

Vale la pena señalar que en el país si existe una Guía de Práctica Clínica del Parto.

Partería Tradicional. Art.4

Para efectos de la presente ley no se interpondrá ninguna de las disposiciones en perjuicio de las prácticas tradicionales, de partería tradicional, las cuales deberán ser respetadas y atendidas en consideración a su contenido cultural.

Concepto

Se considera pertinente el respeto a una práctica ancestral que forma parte de la cultura afro e indígena del país, que ha sido reconocida por el Ministerio de Cultura y



el Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, se considera también que por sobre cualquier práctica, debe estar la seguridad del binomio madre – hijo y aquellas prácticas que pudieren generar morbilidad o mortalidad deben ser intervenidas desde el diálogo de saberes con las comunidades que las practican.

Fomento al parto en casa. Art.5

“El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una campaña en todo el territorio nacional para informar, con base en la evidencia científica vigente, sobre la modalidad de parto en casa como una alternativa viable y segura para las mujeres gestantes”.

Concepto

La campaña propuesta tiene que tener en cuenta la multiculturalidad, las características geográficas del país y las diferencias sociales de la población.

Guía de práctica clínica del parto. Art.6

Concepto

En Colombia no existe una guía de práctica clínica de parto en casa, existe una guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio emitida por el Ministerio de Salud en él 2013, la cual considera las condiciones básicas para la atención de parto, los requerimientos para la atención, así como las posibles complicaciones el personal que debe atender el parto y las posibles remisiones entre otras.

Formación de Matronas. Art.7

“El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Seguridad (sic) Social, promoverán la formación de matronas a través de programas académicos dirigidos a profesionales del sector salud en las condiciones que defina el Gobierno Nacional. De igual manera, se promoverá la formación y actualización de las parteras tradicionales respetando en todo momento los contenidos tradicionales que se derivan de la práctica.

Concepto





Le corresponde al Ministerio de Educación Nacional y al Ministerio de Salud en cumplimiento de la Ley 1164 de 2007 determinar la pertinencia y nivel de formación de un nuevo recurso humano en salud.

Registro Único Nacional de Matronas Autorizadas. Art. 8

Para el ejercicio de la partería no tradicional se deberá estar **inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, RETHUS**, descrito por el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007

Concepto

Esta condición se dará cuando se resuelva por parte de los Ministerios de Educación y Salud, la pertinencia y viabilidad de creación de un nuevo recurso humano en salud.

Cobertura del Plan de Beneficios en Salud. Art.9

Los costos derivados de la atención, cuidado y asistencia en casa deberán ser incluidos dentro del plan de beneficios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la obligación de informar a la mujer gestante sobre la posibilidad de elegir el parto en casa como una alternativa viable y segura.

Concepto

Se desconoce cómo se articula esta propuesta con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y la ruta materno perinatal, para disminuir la morbilidad. Además, implicaría ser una revisión y ajuste de la UPC de la atención de la mujer, y quien asumiría este costo.

Para finalizar, en este contexto, nos acogemos al concepto emitido mediante comunicación del 23 de marzo de 2021, por parte de las Asociaciones de Enfermería de Colombia, al respecto del proyecto de ley, que señala: **Reiteramos nuestra negativa a la aprobación de esta ley** como un cuerpo colectivo, conocedor del tema y que ha venido aportando al mejoramiento de la salud de las mujeres, sus bebés y familias a partir de una formación especializada en el área materno- perinatal.

Resaltamos que en Colombia existe una política de humanización de la atención de parto que es transversal al sitio donde la mujer desea parir la cual respalda muchas



de las prácticas para que la experiencia del nacimiento este acorde a la cultura, visión y expectativas de la gestante frente al proceso de nacimiento y que a su vez promueve prácticas basadas en la evidencia científica para la atención segura del nacimiento. Es prioridad trabajar en que esa política sea realmente una realidad en toda las instituciones y lugares donde se realice atención a la gestante en sus diferentes etapas. En Colombia existe talento humano en salud calificado para asumir y liderar este tipo de procesos como son los profesionales de Enfermería, sin desconocer la importancia de la partería con una adecuada cualificación en territorios donde desafortunadamente el sistema y recursos en salud son insuficientes.

Se hace una reflexión sobre el presente proyecto de ley el cual no atribuye o no incluye ningún otro personal de salud para atender el parto domiciliario además de la partera, esto de alguna manera está **desconociendo la normatividad vigente** sobre las directrices de talento humano multidisciplinario en atención de la gestante y el recién nacido. Entiendo que, en países en el contexto latinoamericano como Brasil, en el cual el parto domiciliario está dentro de los servicios u opciones cobijadas por el Sistema Único de Salud SUS, es de competencia del profesional de enfermería especializado en el área de ginecobstetricia la atención seguimiento de la gestante en las diferentes fases del trabajo de parto, parto, alumbramiento y postparto de bajo riesgo con apoyo del equipo interdisciplinario.

La Universidad Nacional no emitió respuesta de cada una de las preguntas sino una en general, la cual se transcribe a continuación:

La Universidad Nacional de Colombia y específicamente el departamento de Obstetricia y Ginecología han mantenido un carácter formativo del personal de pregrado y posgrado, con las asignaturas de Obstetricia, destinadas a la educación formativa de todo el personal discente, con respecto a la atención del parto. Nuestra misión es garantizar el cumplimiento, la adaptación y la aplicación de todos los protocolos y directrices nacionales e internacionales vigentes.

Como norma de cumplimiento nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018, adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención de la Salud (RIAS), para la población materna y perinatal. En la página 28, él debe darse en un ámbito institucional, sin embargo, no siempre ello es posible o recomendable por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica “Luego en un párrafo siguiente dice que, en casos de dificultades de acceso están indicadas las **casas maternas o**



albergues temporales, para que la mujer espere la hospitalización para el parto. Adicionalmente, dice que las instituciones que atienden los partos deben estar equipadas con el recurso humano para la atención del binomio madre e hijo. Estos tres párrafos refuerzan la obligatoriedad del parto Institucional en todo el territorio Nacional.

De acuerdo con el DANE, estadísticas vitales de nacimientos, para el año 2019, ocurrieron 639.820 nacimientos en todo el territorio nacional. En instituciones de Salud ocurrieron 631.881 (98,76%). En el **domicilio ocurrieron 6.889 partos (1.07%), partos atendidos por parteras 3.990 (0,62%)** y atendidos por otra persona, que no fue médico, ni enfermero(a), ni auxiliar de enfermería, ni promotor(a) de salud, ni partera: 2.761 partos (0,43%). Este es el escenario nacional alrededor de la atención del parto. Existe una legislación, una realidad de la medicalización y la institucionalización del parto. Los escenarios que se apartan de la reglamentación son excepciones y no pueden ser magnificados como los ideales, el esfuerzo nacional para disminuir morbilidad materna y perinatal ha sido importante y esto se ha logrado con protocolos, guías de práctica clínica, formación de talento humano, recursos y muchas cosas más. Probablemente, todo este esfuerzo redundó en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con metas relacionadas a reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015. Luego las Naciones Unidas lanzaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030.

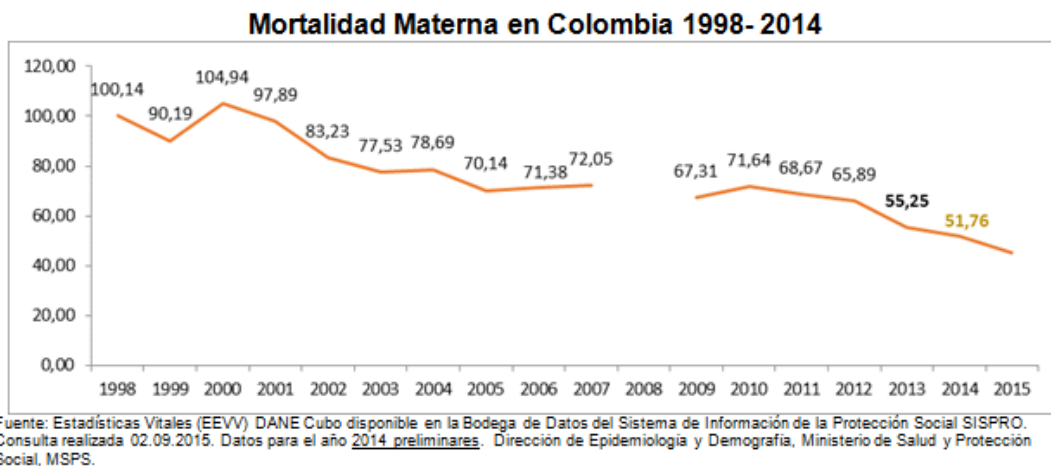
Las parteras son un patrimonio de la humanidad, no podemos desconocer su trascendencia en la historia del nacimiento, han participado, han servido misionalmente en un momento de crisis familiar, sin embargo, **no son mencionadas en la resolución 3280**. Por las estadísticas del DANE están vigentes, probablemente ayudan en muchos sitios de acceso limitado a las instituciones, no conocemos, estudios cualitativos alrededor de mejor o peor materna y perinatal. Creo que no existen censos de parteras a nivel nacional. Sin embargo, este punto debe ser regulado por las Secretarías Departamentales o Municipales y nosotros como institución Educativa no contamos con datos misionales sobre ese punto.

Existen tendencias mundiales sobre partería urbana, parto en casa, sin embargo, a nivel nacional no hay regulaciones específicas sobre este punto. La Universidad Nacional ha participado en simposios de discusión sobre este tema, pero más allá su misión ha sido relacionada con buscar la implementación de la Excelencia de la RAIS materna y perinatal de la Secretaría Distrital de Salud y el acompañamiento técnico en la elaboración de las guías de Práctica clínica.

V. ANALISIS Y CONSIDERACIONES

1. PARTO EN COLOMBIA SITUACIÓN MATERNO INFANTIL

Según sugerencia de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible), nuestro país debe lograr al 2030 la meta de 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹. En el año 2018² fue de 45,29, lo que demuestra que aún se debe trabajar mucho como sistema de salud en el cumplimiento de este indicador, así como otros indicadores relacionados que mencionaremos a continuación. Los Departamentos más críticos en el indicador de muertes maternas son: Vichada 547,3; Guanía 323,3; Vaupés 147,3; Chocó 130,7. Bogotá presenta una tasa de 25,2; Huila 10,8, lo que indica que ya han cumplido con la meta a nivel regional. Estas muertes pueden evitarse si se cuenta con una adecuada caracterización del riesgo del embarazo, pero también si se cuenta con el entrenamiento y los equipos necesarios para atender rápidamente las emergencias que se pueden presentar en el mismo momento del parto y que no pueden ser identificadas previamente.



Fuente: Minsalud, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mortalidad-materna-ha>

¹ Tasa de mortalidad materna medida como número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, por cada 100.000 nacidos vivos.

² Se incluyen cifras del 2018 porque el DANE se demora 18 meses en publicar la mortalidad oficial.



[disminuido-en-4-desde-1998.aspx](#)

“Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- Las infecciones (generalmente tras el parto);
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- Complicaciones en el parto”³.

“Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por **profesionales sanitarios capacitados**, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia”⁴.

Otra de las variables que se controlan por parte de los ODS es el **porcentaje de partos (con resultado nacido vivo) atendidos por personal calificado** (médicos y enfermeras), respecto al total de partos, lo que demuestra que existe una correlación en estos indicadores, ya que aquellos departamentos con mayores tasas de mortalidad materna son aquellos en los que el parto no fue atendido por personal calificado (Vaupés 58,6%; Chocó 77,8%; Vichada 78,7%; Guainía 80,6%, Amazonas 82,3%). Este comportamiento se repite en cuanto al **porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales**.⁵ Los departamentos con mayores tasas de

³OMS disponible en [\[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality\]](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)

⁴ OPS (Organización Panamericana de la Salud), disponible en [\[https://www.paho.org/es/temas/salud-materna\]](https://www.paho.org/es/temas/salud-materna)

⁵Mide el porcentaje de nacidos vivos cuyas madres asistieron a 4 o más controles prenatales durante su gestación, respecto al total de nacidos vivos.



mortalidad materna son los mismos con los porcentajes más bajos en controles prenatales (Guainía, Vaupés).

La OMS “calcula que en el mundo fallecen 4 millones de neonatos al año, 75 % en la primera semana de vida y de 25 a 45 % en el primer día de vida”⁶, principalmente a causa de **procesos infecciosos, prematuridad y asfixia al nacer**⁷⁸. En países desarrollados se ha destacado que las principales causas de mortalidad son las malformaciones congénitas⁹ y los trastornos hipertensivos gestacionales¹⁰. En este orden de ideas, en el contexto colombiano de las regiones apartadas con los indicadores más bajos se debe generar estrategias para **evitar infecciones y asfixia al nacer**.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 reporta que la tasa de mortalidad perinatal disminuyó en Colombia de 24 por mil, en 2000, a 17 por mil, en 2005, y a 14 por mil, en 2010. En las regiones, los menores niveles de mortalidad se observan en la central. En las otras regiones, la mortalidad perinatal varía entre 13 (Orinoquía-Amazonía) y 16 por mil (Bogotá). Para ese mismo periodo se estimó que los departamentos con mayores tasas de mortalidad perinatal fueron Chocó (39 por mil), San Andrés (25 por mil) y Caldas (25 por mil)¹¹.

Actualmente, la **tasa de mortalidad perinatal** no hace parte de las 5 mortalidades de interés de Salud Pública, solo la mortalidad neonatal, esto representa un punto de control que no se está analizando, lo cual carece de sentido desde el punto de vista de salud pública. Al no tener un seguimiento y estudio exhaustivo de estos datos por departamento y municipios, así como sus causas, es imposible conocer el resultado

⁶ Childbirth. 2015; 15: 1-7. 5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales; 2011 [citado 27 jul 2012]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_whs2011_full.pdf.

⁷ Allanson E, Muller M, Pattinson R. Causes of perinatal mortality and associated maternal complications in a South African province: challenges in predicting poor outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15: 1-7.

⁸ Mamyrbayeva M, Igissinov N, Zhmagaliyeva G, Shilmanova A. Epidemiological Aspects of Neonatal Mortality Due To Intra-uterine Infection in Kazakhstan. Iran J Public Health. 2015; 44 (10): 1322-9.

⁹ Chow S et al. A selected review of the mortality rates of neonatal Intensive Care Units. Frontiers in Public Health. 2015: 2-18.

¹⁰ Parmar PH, Gosai K, Dhudhrejia K, Goswami K, Prajapati S, Panchiwala J. Perinatal mortality in hypertensive Disorders with pregnancy. Int J Cur Res Rev. 2015; 7 (1): 20-2.

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Profamilia. Mortalidad infantil y en la niñez Capítulo 9. Encuesta Nacional de Demografía y salud ENDS 2010.

de estrategias que se planteen de políticas públicas como el éxito de la partería en disminuir las muertes perinatales.

En el marco de este estudio, se identificó que no se está gestionando adecuadamente por parte del Estado los indicadores de tasas de mortalidad perinatal, estas cifras las tiene el DANE, pero no se establecen políticas públicas destinadas a disminuir la tasa de mortalidad perinatal. Por tal motivo se hace necesario que el Ministerio de Salud lleve estos registros, los analice por municipios y por causa de la muerte y genere políticas públicas dirigidas a disminuir estas muertes, que generan en la mujer, su pareja y su familia (abuelos, hermanos) traumas de por vida que han sido estudiados por la literatura científica. Es urgente generar estrategias para disminuir estas muertes, lo cual redundará en su salud mental y bienestar para la familia en su conjunto. Estas muertes son fácilmente evitables si se cuenta con el entrenamiento necesario por parte del personal de la salud (parteras calificadas) pero también los equipos mínimos para atender estas emergencias, como es el caso de algo tan sencillo como oxígeno o poder realizar una cesárea en pocos minutos.

Según el Ministerio de Salud, las **cinco primeras causas de mortalidad perinatal** en el país son:

- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Afecciones respiratorias.
- Hipoxia y asfixia al nacer.
- Trastornos digestivos.
- Complicaciones de la placenta y el cordón

“El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como:

- Trastornos depresivos: entre el 10 y el 48%. Son más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos en general, nulíparas o que han tenido abortos previos. Deben tenerse presentes los rasgos que permiten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el duelo.
- Trastornos de ansiedad: aumentan tras el aborto para disminuir después de las 12 semanas, pero sobre todo despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.

- Trastorno por stress postraumático: entre el 2 y 5% en partos instrumentales y cesáreas, y hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después¹²

1.1. El parto y sus clasificaciones

Existen varios tipos de partos: parto natural, parto inducido o estimulado, parto instrumental y parto por cesárea, algunos de ellos dependen de la elección de la madre o de las condiciones y riesgo médicos que se determinen en el seguimiento durante el su periodo de gestación.

1.2. Parto natural

Kids health define que el parto natural es una manera de dar a luz con poco uso de la tecnología y dejando que la naturaleza siga su curso. Esto puede incluir lo siguiente: atravesar el trabajo de parto y el alumbramiento sin la ayuda de medicamentos, incluidos los analgésicos, como las epidurales, usar pocas intervenciones médicas (o ninguna), como el monitoreo fetal continuo y las episiotomías (un corte que se realiza en la zona que se encuentra entre la vagina y el ano para hacer espacio para el bebé durante el alumbramiento), permitir que la mujer dirija el trabajo de parto y el proceso de alumbramiento, haciéndolo de un modo en el que se sienta cómoda, muchas mujeres con embarazos de poco riesgo optan por un alumbramiento natural para evitar los posibles riesgos de los medicamentos para la madre y el bebé. Los analgésicos pueden afectar el trabajo de parto: puede haber una caída de la tensión arterial, el trabajo de parto podría acelerarse o hacerse más lento, podría sentir náuseas y tener la sensación de falta de control. Pero muchas mujeres optan por el parto natural para sentirse más en contacto con la experiencia del alumbramiento y para afrontar el trabajo de parto de manera proactiva. (KidsHealth.org, 2016).

¹²Ana Pía López García de Madinabeitia. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Perinatal grief: a secret within a mystery.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría versión On-line ISSN 2340-2733 versión impresa ISSN 0211-5735, vol.31 no.1 Madrid ene./mar. 2011, disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005]



La Clínica los Condes de Chile indica que: Los futuros padres, cada vez más apuestan por tener un parto menos invasivo y con menor intervención de medicamentos y procedimientos clínicos. El doctor Felipe González Leiva, ginecólogo obstetra de Clínica Las Condes, nos explica, *“no se trata sólo de parir sin anestesia, sino de vivir el parto de la forma más natural posible, lo que implica seguir los tiempos naturales del parto y que el personal médico esté en una posición expectante, y no activa”*.

Como lo comenta el especialista, el método de parto natural es fisiológico en donde el feto nace a través de los genitales femeninos. En esta alternativa de parto, existe mediación médica para una correcta supervisión, evitando cualquier complicación y posible dolor de la madre o del recién nacido. Puede ser con o sin administración de anestesia, la paciente toma la decisión. Otro factor importante de un parto menos intervenido, es el apoyo y participación del padre, lo que contribuye al éxito del nacimiento espontáneo y el bienestar materno-fetal. (Clínica los Condes Chile, 2017).

1.3. Parto inducido o estimulado

La obstetricia, buscará siempre proteger al máximo la salud de las dos vidas, madre y él bebe por nacer. “La inducción al parto es un procedimiento obstétrico muy frecuente que permite avanzar el parto al provocar modificaciones del cuello del útero –lo que conocemos como maduración cervical– y el inicio de las contracciones” (Inatal.org, 2021) . *“Cuando los riesgos de continuar el embarazo superan los beneficios para uno de los dos, se decide provocar el parto”*(Inatal.org, 2021).

En este mismo sentido Inatal.org indica que: **Sí, hay causas que hacen necesaria la inducción del parto una vez alcanzado el término de la gestación**, es decir, más allá de las 37 semanas, son, por este orden:

Ruptura de membranas antes del parto. Este es el motivo del 50% de las inducciones, ya que, a partir de la rotura de la bolsa amniótica, aumenta el riesgo de infección. Normalmente se tiende a realizar una conducta expectante las primeras 12 horas, si pasado este tiempo no se ha iniciado el proceso del parto, se recomienda

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

iniciar la inducción. Se ha demostrado que de esta forma se reduce el riesgo de infección del bebé y es menor la tasa de ingresos en la UCI neonatal (1).

Gestación prolongada: a partir de las 41 semanas de gestación empieza a aumentar el riesgo de complicaciones de la madre y del bebé. En algunas circunstancias este riesgo aumenta antes, como cuando la madre tiene más 40 años y/u obesidad. En estos casos la inducción da lugar a menos muertes fetales, menos ingresos a la unidad de neonatología y menos riesgo de cesárea (2).

Complicaciones de la mamá y/o el bebé: como alteraciones del crecimiento del bebé, hipertensión o preeclampsia. Son situaciones que presentan mayor susceptibilidad a sufrimiento fetal y riesgo de complicaciones durante y después del parto. En estos casos se ha demostrado que la inducción disminuye el riesgo de problemas para la madre y el bebé (Inatal.org, 2021).

“La inducción al parto es un procedimiento obstétrico muy frecuente que permite avanzar el parto al provocar modificaciones del cuello del útero –lo que conocemos como maduración cervical– y el inicio de las contracciones”.

Parto inducido o estimulado. Es aquel en el que el profesional sanitario provoca de manera artificial el inicio del trabajo de parto, o bien controla su evolución mediante el uso de medicamentos o maniobras que aceleran el trabajo de parto (oxitocina, prostaglandinas, rotura de membranas de manera artificial....). Este tipo de parto tiene muchas posibilidades de terminar en una cesárea o en un parto instrumental.

1.2.3 Parto instrumental

Es aquel parto que puede ser tanto inducido, como haber comenzado de manera espontánea, que acaba con la necesidad durante el periodo expulsivo de la utilización por parte del ginecólogo de algún instrumento para poder extraer al bebé. El periné de la madre suele sufrir bastante durante estas maniobras y a un porcentaje muy alto se le tendrá que practicar episiotomía. El doctor según valore optará por forceps, ventosa convencional, espátulas o ventosa tipo kiwi (ejerce un menor vacío, se puede considerar la más light de todos los instrumentos).

1.3.1. Parto por cesárea

Es una intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre para extraer a través de ella a su hijo. Se lleva a cabo cuando el ginecólogo determina que puede existir un riesgo para la madre o el bebé el parto por vía vaginal. Puede ser realizada de urgencia (si durante el trabajo de parto el bienestar de la madre o del bebe se ven afectados) o de manera programada (cuando la causa hace que no sea seguro intentar el parto vaginal).

Atendiendo a que no existe un único tipo de parto, ya que este de múltiples factores, de riesgos identificados durante el proceso de gestación o en el momento del alumbramiento. Es necesario precisar que durante el proceso de alumbramiento de deben salvaguardar la vida de la madre y el bebe por nacer por es necesario que se garanticen la atención primaria dirigida a disminuir la muerte materna y perinatal, para ellos se hace controlar embarazos saludables, cuidar las dos vidas.

De acuerdo con Ortega Barreda y otros (Ortega Barreda, 2017), el parto en casa no se contempla como una alternativa para la mayoría de las parejas por falta de institucionalización y financiación por parte de los gobiernos, una indeterminación de criterios científicos internacionalmente aceptados y por la desconfianza ante las parteras.

1.2.5 Parto en casa

En Reino Unido, el *National Institute for Health and Care Excellence*, recomienda que se informe a las mujeres de embarazo de bajo riesgo de complicaciones que los partos en casa y los hospitalarios son seguros, tanto para el niño como la madre. En Canadá, se reconoce el derecho a elegir libremente el lugar de nacimiento de sus hijos, siempre que se tenga la información previa suficiente. El parto en el hogar de la mujer es atendido por dos o una matrona y un asistente calificado por el colegio de matronas. La mujer debe notificar al hospital su deseo de tener a su hijo en casa antes de la semana 36 y la matrona es quien informa al hospital el inicio de la fase activa del parto (National Institute for Health and Care Excellence. I, 2014).

En Países Bajos, el parto en casa está financiado y todas las mujeres tienen derecho a recibir cuidados de la matrona. Es uno de los países en los que la tasa de partos en casa es la más alta, con un 20% de mujeres que eligen tener a sus hijos en su domicilio. De hecho, el parto en casa es fomentado en países bajos cuando se trata de un embarazo de bajo riesgo.

Por ejemplo, en Dinamarca y Suecia, el parto en casa está financiado total o parcialmente. En Suecia está en cabeza de la mujer la labor de buscar y pagar a la matrona, pero, el gobierno fomenta el parto en casa y da bonificaciones a la matrona que asiste en partos que: múltipara con parto o partos anteriores normales con domicilio a no más de 35 minutos de un hospital, dos matronas deben estar disponibles en todo momento y que el pediatra visite al recién nacido en las primeras 72 horas. Mientras que, en Dinamarca existe un programa de atención al parto en el domicilio y se le permite a la mujer primípara que tenga a su hijo en su domicilio. La matrona tiene que permanecer en el domicilio durante 2 o 3 horas posteriores al parto y volver a las 24 horas para garantizar el bienestar de la madre y del bebé. (Ortega Barreda, 2017)

A continuación, se describen algunas experiencias internacionales sobre la materia:

- **REINO UNIDO**

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) es considerado un referente internacional en la elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencia. En la guía de atención al parto de bajo riesgo del 2014 y 2016, recomienda informar a las mujeres que el embarazo de bajo riesgo de complicaciones suele cursar con partos seguros tanto para la madre como para el niño y que la mujer puede elegir donde parir: en su domicilio, en unidades de parto atendidas por matronas o unidades hospitalarias. Además, existe menos riesgo de intervención en el domicilio y casas de parto aunque el riesgo de resultado adverso para el bebé se incrementa levemente en el domicilio en el caso de las nulíparas.

El parto en casa en Reino Unido, está financiado. Aunque, se puede optar por contratar los servicios de una matrona privada acordando con ella previamente la cantidad y forma de pago. Es necesario un seguro de responsabilidad civil que varía su precio en función de si la matrona asiste o no partos en casa. Las matronas deben estar inscritas en un registro oficial.

- **CANADÁ**

En Canadá, el Colegio Oficial de Matronas elabora un documento donde se informa a las mujeres de la posibilidad y el derecho de elegir el lugar de nacimiento de sus hijos previa información basada en la evidencia científica disponible. La práctica asistencial de atención al parto en casa se basa en las recomendaciones internacionales.

- **ESPAÑA**

En España en 2010 se publica "La guía de atención al parto en casa" por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, con el objetivo de unificar las pautas de actuación relativas a la asistencia del parto en casa basándose en la evidencia científica publicada hasta el momento. En la asistencia al parto, las directrices generales coinciden igualmente con las marcadas por la NICE con alguna diferencia en lo relativo a la auscultación intermitente y uso de paños calientes para disminuir el trauma perineal.

- **PAÍSES BAJOS**

En los Países Bajos donde el porcentaje de partos en casa es más alto, solo el 27% de las matronas trabajaban en el hospital en 2011. El parto en casa está financiado y todas las mujeres tienen el derecho de recibir los cuidados de una matrona. La posibilidad de reclamaciones por parte de las usuarias, es baja por lo que el seguro de responsabilidad civil suele ser asumido por la mujer y la matrona.

El embarazo de bajo riesgo, es llevado desde atención primaria por médico de familia o matrona y se fomenta el parto en casa. La matrona y el médico de atención primaria pueden llevar a cabo exploraciones ecográficas puntuales siempre que hayan sido entrenados para ello. Existe una estrecha colaboración entre el equipo de atención primaria, médico de familia o matrona, el equipo de atención secundaria y obstetra.

- **SUECIA**

La mujer busca y paga la matrona, aunque deben asistir el parto bajo estas condiciones: multípara con parto/s anteriores normales con domicilio a no más de 35 min del hospital, dos matronas deben estar disponibles en todo momento y el pediatra visitará al recién nacido en las primeras 72h. La mujer debe además haber sido

valorada por un obstetra e informada de que pueden existir complicaciones que no se puedan resolver en el domicilio.

- **DINAMARCA**

La mujer puede elegir la matrona y lugar de parto, existe un programa de atención al parto en el domicilio y la mujer primípara puede parir en casa. La matrona debe realizar alguna visita domiciliaria durante el embarazo para asegurar que sea idóneo. Después del parto la matrona permanecerá en el domicilio durante 2 ó 3 horas y regresará a las 24 horas para garantizar el bienestar materno-fetal.

- **ISLANDIA**

La atención al parto en domicilio y el seguimiento durante la primera semana posparto, son gratuitas. Este programa sigue las recomendaciones internacionales.

- **AUSTRALIA**

La asistencia al parto en casa por una matrona puede ser a través del servicio público de salud o de forma privada. Es necesario un seguro de responsabilidad civil que varía su precio en función de si la matrona asiste o no partos en casa. Si la matrona trabaja en el hospital normalmente no es necesario.

Existen diferentes programas de asistencia al parto en casa financiados y, también, la posibilidad de ser atendida por una matrona privada. Los criterios de inclusión en estos programas varían, en general, son los internacionales, aunque algunos programas incluyen más requisitos como que la mujer no viva a más de 30 min del hospital de referencia, no supere la semana 40 de gestación, entre otros. También, se exige que la mujer firme un documento a las 28 y 36 semanas en el que garantiza la ausencia de factores de riesgo.¹³

2. LA PARTERÍA

2.1. LA PARTERÍA COMO PROFESIÓN REGULADA

¹³ Elaboración propia con base en la información de Ortega & otros (2017) y panorámica internacional en relación con las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa



La OMS, en la Declaración de Fortaleza de 1985, estableció, entre otros puntos, lo siguiente: *"Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión"*

El oficio de partera es una ocupación muy antigua de la cual se tienen datos en todas las civilizaciones. Sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico, pero no es sino, hasta el siglo XV cuando se intenta regular el trabajo de las parteras imponiendo un examen a la interesada. La historia común entre España y sus colonias en América, indica de un proceso que comienza a dictaminar sobre la ocupación de las mujeres que se dedicaban a recibir partos, pero es el Tribunal del Real Protomedicato en España quien intenta regular la práctica de las parteras por medio de un examen, sin embargo, esa actividad es censurada debido a varias críticas. Es así como el oficio de comadrona se ejerció libremente hasta 1,750.

a. ESPAÑA

Este país ha venido legislando con respecto a la Partería desde mediados del siglo XV, cuando fue creado un cuerpo colegiado, experto y conformado por médicos, especialistas y farmacéutas, cuya función consistía en vigilar y hacer control a todas las carreras sanitarias. Seguidamente sus gobernantes han desarrollado la suficiente normatividad tendiente a reglamentar los diferentes institutos educativos para la enseñanza y entrenamiento de las personas que realizan este oficio; han creado reglamentación tendiente a la especialidad del apoyo a la ginecología, a la organización de este gremio, y a la examinación de los que hacen parte del mismo a través de pruebas de suficiencia en la materia, con el ánimo de regular los títulos ostentados en las carreras de pregrado y posgrado, que los acredita como expertos competitivos. Por lo anterior, se deduce que el país de España ha tenido una disciplina constante y desde hace bastante tiempo en cuanto a la regulación y reglamentación del oficio de la Partería, puesto que todas las personas que hacen parte de esta agremiación deben someterse a las reglas jurídicas establecidas para la capacitación, entrenamiento y desempeño de esa actividad.

A partir del siglo XX se dieron varios cambios con respecto a los estudios de las matronas; en España la Partería inicia su regulación a partir de 1904 mediante el Real Decreto que establecía la formación académica de las personas que ejercían este



oficio (Manrique et al. 2014, p. 28).

En 1928, se crearon escuelas para la preparación de las parteras y se establecieron requisitos que deben cumplir los organismos de docencia. En 1930, se promulgó el Estatuto de los Colegios, en 1931, a la Universidad de Madrid le fue adscrita la casa de la salud, en la década de los 30 y 40 hubo varias órdenes legislativas en cuanto a la responsabilidad de la natalidad, en 1958, se establece una nueva especialidad obstétrica y en 1977, se publica un boletín por el que se integraron a las Universidades, las escuelas de parteras (Manrique, 2014).

En 1978, se instituyó en España La Asociación Nacional de Matronas, en el último Congreso Nacional organizado por el Consejo Nacional de Matronas, a su vez también se constituyó el ordenamiento jurídico de las asociaciones profesionales. (García, García, 1999).

Gaitán, Rubio y Grillo (2019), han denominado la Partería como el oficio que abarca la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Esto contiene medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, el descubrimiento de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica. Esta ley se reglamentó en la presidencia del presidente Pedro Nel Ospina por los decretos 995 de 1994 y 1345 de 1924.

De acuerdo con la Asociación Nacional de Matronas de España aproximadamente un 15% de las matronas en este país ejercen la profesión de forma libre (compatibilizándolo con el trabajo público, la mayoría de ellas), bien como ejercicio individual, o ejercicio libre agrupado en asociación con un tocólogo, en sociedad civil profesional con contrato de arrendamiento de servicios profesionales en una institución privada, o al servicio de entidades aseguradoras privadas (Asociación Española de Matronas, 2021).

Así mismo se establece que la normativa de ejercicio está reflejada en la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Título IV Arts. 4046). Los requisitos de establecimiento:

- Colegiación obligatoria
- Póliza de Responsabilidad Civil (Obligatoria) Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Declaración de compatibilidad (en el caso de trabajadores del SNS)

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



para el ejercicio privado (Ministerio del Interior)

- Alta Censal en la Administración de Hacienda (Agencia Tributaria) Modelo 037. www.agenciatributaria.es (Deberá presentarse con anterioridad al inicio de la actividad profesional)
- I.A.E. Impuesto de actividades económicas Administración de Hacienda (Agencia Tributaria).
- Libros de ingresos
- Libros de gastos
- Alta en Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores Autónomos, (RETA) siempre que dicho ejercicio libre se inicie por primera vez después del 10 de Noviembre de 1995. (Tesorería de la Seguridad Social) (Asociación Española de Matronas, 2021).

b. PAISES BAJOS

El sistema de seguros funciona de tal modo que apoya la función central de las parteras profesionales en la prestación de servicios de maternidad. En otras palabras, la legislación es una condición necesaria para el ejercicio autónomo de la partería, pero no es suficiente, ya que tal ejercicio puede verse obstaculizado por factores no legislativos.

c. CANADA

La formación para ser matrona dura 4 años, con contenidos teóricos y prácticos. El primer año se imparte un curso teórico con asignaturas de ciencia básica y se dedica muy poco tiempo a la práctica, que, en este primer curso, consiste en asistir a partos y a visitas con mujeres en los que las estudiantes se limitan a escuchar y observar. En los tres cursos siguientes, las estudiantes ya deben practicar de forma directa; de hecho, durante estos tres años se alternan un mes de clase teórica y un mes de práctica clínica.

En el segundo curso, por ejemplo, los alumnos acompañan a las matronas en su práctica clínica y, al cabo de un mes o dos de observación, las estudiantes empiezan a actuar por sí mismas. La capacitación de los alumnos va evolucionando a lo largo del tercer y cuarto años hasta que pueden actuar de forma autónoma, con sólo una supervisión.



En las prácticas, las estudiantes empiezan por la parte más elemental, centrándose en la maternidad, y después realizan otro periodo de práctica, en hospitales de más nivel, donde pueden ver casos patológicos y aprender otros aspectos de su formación. También hacen prácticas en atención primaria (Gagnon, 2018).

d. ESTADOS UNIDOS

Hoy en día, las parteras son profesionales que deben recibir una formación formal. Las parteras en los Estados Unidos formaron el grupo de trabajo de Educación, Regulación y Asociación de Parteras (US-MERA) para establecer un marco para la partería.

Parteras en los Estados Unidos.

En el año 2015 el grupo (US-MERA) realizó un documento con Principios para la legislación y regulación modelo de partería de EE. UU. Este documento describe los principios de la legislación modelo de partería para apoyar y regular la práctica. Estos principios abordan la autoridad estatal para regular, registrar y otorgar licencias a las parteras, incluido el establecimiento de calificaciones educativas, el establecimiento de estándares para la práctica y la conducta, la gestión de quejas y cuestiones relacionadas con el seguro de responsabilidad y el reembolso. Reconociendo que las leyes estatales actuales con respecto a la partería varían ampliamente, este documento está destinado a servir como una guía para aquellos involucrados en la revisión de leyes existentes o en el desarrollo de nuevas leyes. En el mismo año publicó un documento que habla sobre las licencias de las parteras profesionales certificadas, expresa que todos los solicitantes de la licencia deben aprobar un **examen de certificación de partería nacional** ofrecido como parte de un programa de acreditación acreditado por la Comisión Nacional de Agencias de Certificación (NCCA), así como tener una credencial de CPM, Enfermera Partera Certificada (CNM) y / o Partera Certificada (CM).

e. BRASIL

Hay estudios que sugieren que aún se realizan en algunos hospitales procedimientos innecesarios y aquellos derivados de tratamientos médicos (procedimientos iatrogénicos) durante el parto, tanto en el sector público como en el privado. Es importante que Brasil, así como otros países de la región que tengan un contexto

similar, considere implementar políticas para promover el parto asistido por parteras profesionales en centros de salud, en donde haya obstetras disponibles en caso de que se los necesite. Este debate ha tenido lugar en Brasil por algunos años, encabezado por autoridades comprometidas, representantes de los trabajadores de la salud, la sociedad civil y también por las mismas mujeres.

3. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES y NACIONALES

Se analizaron casos de éxito de la Partería en España y en Estados Unidos, así como las soluciones a problemáticas similares a las zonas apartadas de Colombia como es el caso de Senegal para poder contextualizar las mejores alternativas.

A la hora de proponer el parto en casa se debe analizar las condiciones de higiene, asepsia y riesgos de las viviendas en zonas apartadas. Al entrevistar a parteras experimentadas **en España**¹⁴ se pudo establecer que es un requisito indispensable la titulación en Enfermería (4 años) y que la Partería es una Especialidad (2 años), que incluye diversas materias que preparan a la partera o matrona para posibles emergencias que surgen del parto. En España la mayoría de las matronas que trabajan en los hospitales atendiendo la mayor parte de ellos casos y de esta manera los ginecobstetras se ocupan solo de los casos que se complican. Las parteras que atienden partos en casa trabajan en red con el sistema de salud, solicitándole a la mujer en embarazo que **realice los 4 controles prenatales y exámenes de diagnóstico**. Estos 4 controles prenatales hacen parte también de los indicadores de los ODS para disminuir la mortalidad materna. Las parteras entrevistadas ¹⁵coinciden en este punto, que la partería en casa de ninguna manera puede obviar los controles y exámenes de diagnóstico **ni tampoco debe funcionar por fuera de la red hospitalaria**. De hecho, antes de un parto cada partera realiza un **plan de contingencia ante emergencias** que incluye tener un vehículo al frente de la casa en donde se realiza el parto y estar a menos de 30 minutos de un hospital, habiéndose articulado previamente con el hospital y con el neonatólogo.

Al evaluar las condiciones para el parto en casa también se debe tener en cuenta las **condiciones de la vivienda y su nivel de higiene**, así como la **cercanía a la red hospitalaria**. Asemejar la realidad colombiana con los hogares de Estados Unidos o

¹⁴ Las parteras entrevistadas son: María de Jesús Royo y Lucía Alcaraz quienes a su vez nos dieron acceso a numerosos estudios y guías técnicas.

¹⁵ L. Alcaraz-Vidal a,b,c,d,1,* , R. Escuriet e,f , I. Sàrries Zgonc d,g , G. Robleda h. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. Midwifery, 2021



Europa (agua potable, higiene de los baños, habitaciones, pisos, cocina y cercanía a hospitales) en donde esta estrategia se ha llevado a cabo con éxito dejaría por fuera los riesgos para la salud de la madre y el hijo que podrían derivarse de la falta de higiene y de cercanía con la red hospitalaria ante una posible emergencia.

En un estudio realizado por las parteras de Cataluña, de una muestra de 720 mujeres, durante los años 2016 a 2018, **el 14,4% de las mujeres solicitó ser trasladado al hospital durante la labor de parto en casa**, por parto prolongado (45,3%), el deseo de la madre (17%), sospecha de sufrimiento del bebé (16%), necesidad de anestesia epidural (16%). Los casos de transferencia de la madre después del nacimiento se dieron por placenta retenida (23,5%), Hemorragia postparto con placenta retenida (35,3%) y el deseo de la madre (17,6%). Como se puede apreciar, la cercanía a la red hospitalaria dentro del plan de contingencia para el parto en casa es vital para garantizar la salud y el bienestar de la madre.

La atención del parto en casa sigue siendo de gran importancia, especialmente en las zonas rurales más apartadas debido a las tradiciones culturales en cuanto a las ventajas del nacimiento en el hogar, además de algunos problemas como las vías de comunicación incipientes, los medios de transporte escasos y el alto costo de los desplazamientos hacia la cabecera municipal, han hecho de las personas dedicadas a la Partería tradicional una figura importante en la vida de las diferentes culturas del país¹⁶.

Colombia

En 2012 se llevó a cabo el **Programa Maternidad Segura en el Litoral Pacífico Caucaño** (en los municipios de Guapí, Timbiquí y López de Micay), de la Organización Panamericana de la Salud, en la cual se vinculó a las parteras tradicionales con los servicios de salud, los hospitales y el apoyo comunitario para detectar y asistir mejor a las madres y lactantes de alto riesgo. Se les enseñó a las parteras cómo detectar embarazos de alto riesgo y se involucró a los líderes comunitarios en el transporte de dichas mujeres hacia los servicios de salud denominados formales¹⁷. Estos municipios tienen unas de las más altas tasas de

¹⁶ Laza. C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 53-57. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100012>

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Colombia: Maternidad Segura en el Litoral Pacífico Caucaño. Camino hacia un parto seguro y Feliz. (2012), disponible en [https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletines&alias=1405-pub-promo-salud-esp-abril-13&Itemid=688]

mortalidad materna e infantil. Se hizo una identificación y caracterización de las parteras (137), se adaptó el diseño de instrumentos de seguimientos a las mujeres gestantes a la realidad sociocultural de la región, se realizaron procesos de capacitación no solo a las parteras sino también a líderes de la comunidad, sobre conceptos básicos del cuidado de las mujeres durante el proceso de gestación, capacitación a las parteras para atención del parto limpio (asepsia y antisepsia), se trabajó con los hombres de las comunidades en acciones positivas en favor de las mujeres gestantes. Se usaron estrategias lúdicas “Camino a un parto Seguro y Feliz” para que la comunidad pudiera identificar el mejor camino a seguir (parto en casa o a través de las instituciones de salud) de acuerdo con los factores de riesgo del embarazo.

Del mismo modo, el programa promovió la colaboración con las Instituciones de Salud. El programa permitió construir una red entre todos los integrantes de la comunidad, disminuyó los gastos de transporte (vuelos charter) de urgencia por remisiones urgentes a hospitales al detectar a tiempo los casos riesgosos y derivarlos a hospitales mucho antes del parto, las parteras y red de salud trabajan en equipo y los médicos han reconocido la invaluable labor de las parteras, aumentó el número de maternas atendidas por los hospitales y progresivamente se están reduciendo los casos de mortalidad materna y perinatal. Para garantizar la sostenibilidad del programa, estas estrategias quedaron plasmadas en los planes de salud pública de la Secretaría Departamental de Salud y de los municipios.

En el estudio conducente a este proyecto de ley, se pudo analizar múltiples cartillas y guías técnicas para la partería de países europeos, pero también latinoamericanos, dirigidos a las comunidades indígenas. “La labor de la comadrona tradicional cobra mayor importancia, cuando se observa que la infraestructura de salud pública no llega a dónde ellas pueden llegar. En este sentido, los manuales aportan a mejorar el desempeño de las comadronas tradicionales para que continúen haciendo la diferencia en esas comunidades y se pueda asegurar el derecho a la maternidad saludable por parte de las mujeres que atienden”¹⁸. Estos manuales deben ir acompañados de capacitaciones y trabajo con la comunidad adaptadas a la realidad de las regiones, como se mostró en el caso del Litoral Pacífico Caucano.

4. MARCO JURIDICO

¹⁸ Más que una sanadora. Manual Práctico de Comadronas Tradicionales para una maternidad sana. Acecsa, Guatemala.



4.1. Breve Reseña Histórica

Las primeras normas que reglamentan el servicio de las parterías es a través de la ley 83 del 19 de noviembre de 1914 reglamentaba el ejercicio de las profesiones médicas y en su artículo 11 dio los lineamientos para el ejercicio como comadronas de las enfermeras que presentaban un certificado de idoneidad, expedidos por medios diplomados (el Congreso de la República de Colombia, en la misma ley dice que en los lugares donde no hubiere comadronas y tengan dicho certificado se tolerará la práctica obstétrica y al personal que no lo tenga, pero acreditadas en el oficio el Ministerio de Instrucción Pública en desarrollo de esta ley, proveerá a la creación de la correspondiente. Escuela de Obstetricia en las facultades medicas del país tan pronto como lo permitan los recursos fiscales.

Parágrafo. No será permitida ninguna operación de obstetricia a las comadronas de que habla este Artículo, sino en ausencia del médico y por urgencia que no permita la llegada el facultativo. No obstante, en los lugares en que no haya médico graduado o licencia y en que habiéndolo tardare en llegar a tiempo que ponga en peligro la vida de la madre o de la criatura, será tolerante la práctica de operaciones obstétrica les manuales por comadronas sin certificado; pero acreditadas en la práctica de esa profesión. (1914).

Sin embargo, solo hasta 1938 se difundieron diferentes normatividades, reglamentos y estatutos, tendientes a regular la actividad de la Partería.

En 1920 se crearon la Escuela de Comadronas y Enfermeras en la Facultad Nacional de Medicina se creó en Bogotá mediante la **ley 39 del 22 de octubre de 1920** sancionado por el presidente Marco Fidel Suarez (Congreso de Colombia por la cual se establece la enseñanza de comadronas y enfermeras en la facultad de Medicina.

Al ser persistente y suplir la falta de cobertura del sistema de salud en lugares apartados de las ciudades capitales y los municipios, y, estando ligada al área de la salud sexual y reproductiva, quienes observan el desarrollo de la misma, plantean que se realice de manera rigurosa, capacitada y regulada por el RETHUS. Dicho planteamiento se acoge jurisprudencialmente a los requisitos establecidos en la **Ley 1164 de 2007**, que autoriza el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud (Congreso de la República de Colombia, 2007).

4.2. Cuadro descriptivo de las normas que versan sobre el particular



CONSTITUCIÓN, LEYES Y RESOLUCIONES	CONTENIDO
Constitución Política, Artículo 13,14,15,42, 44, 48 y 50.	Norma Constitucional
Acuerdo 95 de 1940, Universidad Nacional	Por el cual se reglamenta la revalidación de títulos de enfermeras y parteras
Guía clínica de Atención del parto. Ministerio de Salud.2013.	
Resolución 3280 de 2018 (vigente)	“Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención 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”
En la Resolución 3280 del 2018	Se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (RIAS) y la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Las RIAS contemplan intervenciones individuales, intervenciones del PIC Y Colectivas, Poblacionales y las acciones de Gestión del Riesgo encaminadas a la atención integral y segura de esta población.
Convenio sobre el Patrimonio Mundial, 1972	
El convenio Andrés Bello, 1970	
Decreto 3616 del 2005	Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones
Ley 1037 del 2006	Por medio de la cual se aprueba la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, aprobada por la Conferencia General de la Unesco en su XXXII reunión, celebrada en París y clausurada el diecisiete (17) de octubre de dos mil tres (2003), y hecha y firmada en París el tres (3) de noviembre de dos mil tres (2003).

CONSTITUCIÓN, LEYES Y RESOLUCIONES	CONTENIDO
Ley 1164 de 2007	Establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Decreto N° 2888 del 2007	Por el cual se reglamenta la creación, organización y funcionamiento de las instituciones que ofrezcan el servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, antes denominado educación no formal, se establecen los requisitos básicos para el funcionamiento de los programas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación en los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habitación de servicios de salud.
Ley 1185 del 2008	La ley 1185 de 2008, estableció el Sistema Nacional de Patrimonio Cultural y fijó un Régimen Especial de Protección y estímulo para los bienes de dicho Patrimonio que por sus especiales condiciones o representatividad hayan sido o sean declarados como Bienes de Interés Cultural.
Decreto 763 de 2009	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 814 de 2003 y 397 de 1997 modificada por medio de la Ley 1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material.
Decreto 2941 del 2009	Partería como patrimonio de la Nación 2016.
Resolución 3202 del 2016	Adaptación de rutas integrales de atención en salud (RIAS) Mejoramiento del acceso a los servicios de salud materna y salud infantil con enfoque diferencial. Ministerio de Salud y Protección Social 2018.
Resolución 3280 del 2018	Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno Perinatal.



4.3. Referencia Sentencias de la Corte Constitucional en Colombia

T 485 de 1992 El a-quo (juez) confundió el contenido del derecho fundamental a la personalidad jurídica con el derecho a ser inscrito en el registro civil su nacimiento. Derecho éste último de rango legal, sujeto a los condicionamientos jurídicos previstos en la ley, y que el funcionario encargado de llevar el dicho registro.

C 087 de 1998 establece la libre decisión de escoger profesión u oficio, pero, es enfática en limitar y restringir el ejercicio legal de profesiones y oficios, en primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria.

C 031 de 1999 esta sentencia habla de la opción predominante en el Art. 26 de la C.P, “toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social”, a su vez se hace referencia a la restricción legal al ejercicio de profesiones y oficios haciendo referencia al riesgo social como: en primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto, no tiene 2015 SENTENCIA: 00211/2015 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Sentencia 00211,2015) Proceso en el que se discute la enfermedad laboral de una auxiliar técnica de enfermería, así como se establece: " Las ayudantes de enfermería en instituciones realizan tareas para ayudar al personal médico o de enfermería y partería y otros profesionales y sus auxiliares de ramas semejantes en el desempeño de sus funciones. Sus funciones incluyen las siguientes: preparar a los pacientes para su examen o tratamiento;



cambiar sábanas y ayudar a los pacientes en su higiene personal; proporcionar a los enfermos botellas de agua caliente y otros servicios que puedan contribuir a su comodidad y bienestar; distribuir y recoger las bandejas de comida y dar de comer a los pacientes que necesiten ayuda; esterilizar el instrumental quirúrgico de toda índole; ayudar a los profesionales sanitarios pasándoles el instrumental y material que soliciten; reponer batas, guantes, sabanillas, sábanas y toallas, útiles de aseo personal; reponer todo el material fungible y no fungible que se necesite en cada momento; desempeñar tareas afines; supervisar a otros trabajadores. “Luego, de la revisión jurisprudencial se determina que luego de analizadas las 73 sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación especial.

C 038 del 2003, mediante esta sentencia la opción predominante en el Art. 26 de la C.P, “toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social”, a su vez se hace referencia a la restricción legal al ejercicio de profesiones y oficios haciendo referencia al riesgo social como: en primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica.

SENTENCIA: 00211 del 2015 Proceso en el que se discute la enfermedad laboral de una auxiliar técnica de enfermería, así como se establece: " Las ayudantes de enfermería en instituciones realizan tareas para ayudar al personal médico o de enfermería y partería y otros profesionales y sus auxiliares de ramas semejantes en el desempeño de sus funciones. Sus funciones incluyen las siguientes: preparar a los pacientes para su examen o tratamiento; cambiar sábanas y ayudar a los pacientes en su higiene personal; proporcionar a los enfermos botellas de agua caliente y otros servicios que puedan contribuir a su comodidad y bienestar; distribuir y recoger las bandejas de comida y dar de comer a los pacientes que necesiten

ayuda; esterilizar el instrumental quirúrgico de toda índole; ayudar a los profesionales sanitarios pasándoles el instrumental y material que soliciten; reponer batas, guantes, sabanillas, sábanas y toallas, útiles de aseo personal; reponer todo el material fungible y no fungible que se necesite en cada momento; desempeñar tareas afines; supervisar a otros trabajadores. “Luego, de la revisión jurisprudencial se determina que luego de analizadas las 73 sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación especial.

C 355 del 2006, esta habla sobre aborto, desarrollándose el marco normativo internacional respecto a las Convenciones y tratados que mencionan específicamente la protección de la salud, la vida e integridad de la mujer, a su vez se realiza derecho comparado con varios países en lo que se determina, que solo en algunos este podrá ser practicado por (médicos o parteras) completando una formación especial (Sudáfrica), así como también se analiza la penalización absoluta del aborto y en qué casos para Colombia se encuentra despenalizado.

C 120 del 2008, en esta sentencia la Corte Constitucional, la salvaguardia de las expresiones culturales inmateriales “permite proteger las diversas costumbres y cosmovisiones de los grupos humanos asentados en los territorios de los Estados, en especial de aquellas cuya expresión y transmisión 2 0 2 0 Auto: 21/01/2020, UNIFICACIÓN DOCTRINA Número del procedimiento: 2141/2019 (TribunalSupremo - Sala Cuarta, de lo Social, Sentencia 2141, 2019) En esta sentencia de casación se unifica la doctrina respecto a la materia que puede entrar a controvertir el Tribunal, exige para la viabilidad del recurso de casación para la unificación de doctrina que exista contradicción entre la sentencia impugnada y otra solución judicial que ha de ser -a salvo. Existe una contradicción por el tema salarial de las enfermeras y las enfermeras-comadronas pues, existía un convenio que determinaba un 75 se vale de herramientas no formales (tradiciones orales, rituales, usos, conocimientos de la naturaleza, etc.) y que, por ser en muchas ocasiones expresión de grupos minoritarios, tienen un alto riesgo de perderse o de ser absorbidas por las culturas mayoritarias.

C 864 del 2008, Demanda de Inconstitucionalidad a la Ley se precisa el



reconocimiento de poblaciones Etno-cultural: "Los elementos constitutivos de un grupo étnico son: (i) un elemento objetivo, a saber, la Existencia de rasgos culturales y sociales compartidos por los miembros del grupo, que les diferencien de los demás sectores sociales, y (ii) un elemento subjetivo, esto es, la existencia de una identidad grupal que lleve a los individuos a asumirse como miembros de la colectividad en cuestión.

T 245 del 2013, Se reconoce la consulta previa de comunidades indígenas y grupos étnicos, la protección especial al derecho de participación en decisiones que los afectan/CONVENIO OIT-Instrumento determinante para que los grupos indígenas y tribales participen en las decisiones que los afectan, a partir de los referentes. Este mismo contexto es el que permite comprender el Convenio 169 de la OIT.

Auto 260 de 2014 Improcedencia por jurisprudencia constitucional sobre la teleología de la consulta previa y el requisito de afectación directa, para la exigibilidad de la consulta, en este sentido resulta importante mencionar que dentro del desarrollo y análisis de la inexistencia de centros de salud, educación, agua potable o energía eléctrica, promueve la autogestión hacia el curanderismo y la profesión de partera identifica la tradición Oral del pueblo del mar de Boquilla, así como la consolidación de prácticas de curanderismo y la profesión de partera [...] La ausencia de escuelas oficiales promueve los banquitos, primera escuela gestionada por la señora Isabel Ariza Castillo.

T 421 del 2017 La entidad accionada incurrió en un exceso ritual manifiesto, al "negarle a una persona una opción y garantía que el sistema jurídico le ofrece con el fin de facilitar su registro extemporáneo en aquellos casos en los que no pueda obtener los documentos requeridos debidamente apostillados, Decretos 1260 de 1970, 999 de 1998, 2188 de 2001 y 356 de 2017.

T 719-2017 La entidad accionada incurrió en un exceso ritual manifiesto, al "negarle a un niño al haberle negado la inscripción correspondiente teniendo en cuenta que su madre no aportó el certificado de nacido vivo, ni presentó los testimonios requeridos.

VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

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

VII. PLIEGO DE MODIFICACIONES

ARTICULADO DEL PROYECTO

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el parto en casa como una alternativa para las mujeres gestantes y garantizar su decisión libre sobre el lugar donde decidan realizar su labor de parto.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el parto de <u>bajo riesgo en casa</u> como una alternativa <u>de protección a la madre y el ser humano por nacer como sujetos de especial protección constitucional con miras a garantizar su salud, su vida y atención prioritaria.</u></p> <p><u>Se deberá garantizar el derecho a la información veraz, completa oportuna e idónea con miras a que la madre y el padre estén debidamente informados sobre las</u></p>	<p>Se ajusta en atención a la unidad de materia del proyecto y se realiza lo indicado en los conceptos emitidos por los expertos sobre el tema.</p>

	<p><u>exigencias, personal certificado, riesgos, requisitos y lugares donde pueden realizar la labor de parto en condiciones de idoneidad y en cumplimiento de los requisitos de salud exigidos, garantizando en el ejercicio de la partería el manejo integro, ético, profesional y pertinente con miras a prever toda afectación o morbilidad a la madre y al ser humano por nacer antes durante y después del parto.</u></p>	
<p>Artículo 2°. Definición. Para los efectos de la presente ley se entenderá por matrona a aquella persona con formación profesional, técnica o aquella partera tradicional con capacitación certificada, que asiste a las mujeres gestantes durante las etapas del parto.</p>	<p>Artículo 2°. Definición. Para los efectos de la presente ley se entenderá <u>por partería certificada y profesional el ejercicio que realiza</u> una persona con formación profesional o técnica <u>en áreas de la salud</u> o aquella <u>que estando en el marco</u> tradicional <u>cuenta</u> con capacitación certificada <u>por el</u> Ministerio de Salud y Protección Social, con el <u>propósito de asistir a las madres y al ser humano por nacer durante las etapas de gestación y del parto de acuerdo con las exigencias constitucionales legales y la guía de práctica clínica del parto dentro del sistema de salud público y privado garantizando a las madres y al ser humano por nacer una atención oportuna y</u></p>	<p>Se ajusta en atención a la garantía y protección materno infantil y la Convención Americana de los Derechos Humanos</p>

efectiva para la protección en su salud y vida.

Su ejercicio además se regirá por los siguientes principios:

Principio de Dignidad de la maternidad.- Se propenderá por la no discriminación de la mujer en estado de embarazo y el desarrollo efectivo de su maternidad con la atención oportuna, idónea y de calidad que lleve a cabo el nacimiento en las condiciones requeridas de salud, calidad y oportunidad.

Principio de dignidad del ser humano por nacer.- Se propende por el respeto de la salud y la vida del ser humano que esta por nacer en toda etapa de gestación y al momento de su nacimiento garantizando la atención oportuna, idónea y exigida con todas las garantías de salud, salubridad, protección y atención por personal capacitado y con experiencia certificada previendo toda alteración física y de salud durante y después del nacimiento.

Principio de dignidad de la paternidad. -se garantiza la no discriminación y exclusión del padre en el proceso de parto y nacimiento de su hijo o hija pudiendo participar en todas las

	<p><u>etapas de desarrollo de la gestación y nacimiento.</u></p> <p><u>Principio de protección reforzada pre y post natal. -se preverá toda morbilidad materna e infantil y se dispondrá de los medios necesarios para salvaguardar la vida y salud de los dos pacientes madre y ser humano por nacer.</u></p> <p><u>Principio pro homine. Toda la ley se regirá por la garantía y respeto del principio constitucional pro homine.</u></p>	
<p>Artículo 3°. Decisión informada. Todas las mujeres gestantes tendrán el derecho a tomar la decisión libre e informada sobre el lugar dónde desean parir. Las diferencias que se presenten entre la voluntad de la mujer gestante y el concepto médico, se definirá a través de los parámetros que fije la guía de práctica clínica sobre el parto en casa.</p>	<p>Artículo 3°. Decisión informada y <u>condiciones de la alternativa de parto en casa.</u> Todas las madres y padres tendrán el derecho a estar debida e idóneamente informados sobre el lugar dónde desean se realice el parto. Las diferencias que se presenten entre la voluntad de la madre y el padre y el concepto médico, se definirán a través de los parámetros que fije la guía de práctica clínica de parto y también se podrá acudir ante un juez de la República.</p> <p><u>La madre y padre deberán ser informados de las condiciones de salud, y sobre los riesgos el nivel bajo o alto que puedan eventualmente surgir en un procedimiento y de riesgo como</u></p>	

	<p><u>toda complicación que no puede ser atendida en domicilio.</u></p> <p><u>Aquellas circunstancias en que pudieren generar morbilidad o mortalidad deben ser intervenidas para garantizar la vida y la salud de la madre y el ser humano por nacer.</u></p> <p><u>Para optar por esta alternativa deberán contar con los exámenes pre clínicos establecidos en la guía clínica para la atención del parto y certificar su bajo riesgo.</u></p>	
<p>Artículo 4°. Partería Tradicional. Para efectos de la presente ley no se interpretará ninguna de las disposiciones en perjuicio de las prácticas tradicionales de partería tradicional, las cuales deberán ser respetadas y atendidas en consideración a su contenido cultural.</p>	<p>Artículo 4°. Partería Tradicional. Para efectos de la presente ley no se interpretará ninguna de las disposiciones en perjuicio de las prácticas de partería tradicional que <u>dentro de las comunidades realizan</u>, las cuales deberán ser respetadas y atendidas en consideración a su contenido cultural <u>y religioso.</u></p> <p><u>Siempre en procura de la salvaguarda de la integridad en salud y vida de la madre y el ser humano por nacer.</u></p>	<p>Se armoniza por unidad de materia y a la normativa de los derechos humanos</p>
<p>Artículo 5°. Fomento al parto en casa. El Ministerio de Salud y Seguridad Social desarrollará una campaña en todo el territorio nacional para informar, con base en la evidencia científica vigente, sobre la modalidad de parto en casa como una</p>	<p>Artículo 5°. Difusión sobre el parto en casa. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una campaña en todo el territorio nacional para informar, con base en la evidencia científica vigente, sobre la modalidad de parto en casa <u>de bajo</u></p>	<p>Se ajusta por unidad de materia y en atención a los conceptos de expertos emitidos.</p>

<p>alternativa viable y segura para las mujeres gestantes.</p>	<p><u>riesgo como una alternativa para las madres, esta campaña deberá informar sobre la prevención de morbilidad neonatal y la importancia del cuidado prenatal como los requisitos para el ejercicio de la partería en Colombia.</u></p> <p><u>De igual forma dispondrá toda la información necesaria para que las personas puedan consultar quien ostenta la calidad certificada de partera y su correspondiente habilitación.</u></p>	
<p>Artículo nuevo</p>	<p>Artículo 6°. Registro de información.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá llevar un registro y control de cifras y estadísticas que reflejen el número de partos en casa, detallado por departamento y municipio, así como las complicaciones durante el procedimiento y sus respectivas causas.</p> <p>Deberá llevar un registro y análisis de las cifras de mortalidad perinatal y neonatal.</p> <p>Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presenta un informe anual ante las Comisiones VII de Cámara y Senado donde dé cuenta de los resultados de esta ley.</p>	

Artículo 6°. Guía de práctica clínica de parto en casa.

~~Con el fin de atender los derechos de las mujeres gestantes descritos en la presente ley, el Ministerio de Salud y Seguridad Social expedirá una guía de práctica clínica que establecerá los lineamientos generales para la práctica de parto en casa, así como las responsabilidades, derechos y deberes de los actores involucrados en el proceso.~~

Para la expedición de dicha guía deberá primar el criterio científico vigente sobre el parto en casa, por lo cual, la misma deberá ser actualizada mínimo cada tres (3) años o cuando la evidencia científica se renueve.

Parágrafo. ~~En la guía de práctica clínica se deberá desarrollar el modelo de certificado único que la matrona otorgará a los padres del recién nacido, para su inscripción en el Registro Civil y para el reconocimiento de las licencias de maternidad y paternidad.~~

Artículo 7°. Guía de práctica clínica de parto en casa.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá una guía de práctica clínica de parto en casa para madres con bajo riesgo que establecerá los lineamientos de salud exigidos para dicha práctica, así como los tiempos y estándares de protección en materia de atención obstétrica ginecológica y neonatal la cual se enmarcará dentro de los principios y obligaciones contemplados en la ley y se deberá articular con las guías clínicas de parto para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, articulado igualmente con el Modelo de Acción Integral Territorial y la ruta materno perinatal, para disminuir la morbilidad neonatal y materna.

La madre tendrá derecho a tener atención permanente y planeada para el parto como el ser humano por nacer, quien a su vez tendrá derecho a ser valorado oportunamente y atendido con las condiciones más altas de atención en todas las etapas de desarrollo. El padre tendrá Derecho a participar en todas las etapas del embarazo desarrollo y atención prenatal y neonatal.

Se ajusta de acuerdo con los análisis solicitados a los expertos y Académicos

Indican que los certificados de nacido vivo son expedidos por los médicos que atienden los partos/cesáreas en las diferentes instituciones de salud habilitadas para tal atención, mediante un usuario y una contraseña que se les otorga para poder ingresar a la plataforma RUAF (Registro único de afiliados) para que los padres del recién nacido cuando salgan de la institución de salud puedan ir a diligenciar el registro civil de nacimiento de su hijo en una notaría.

Se atiende al concepto técnico académico en el que se resalta El Decreto 1260 de 1970 por el cual se expide el Estatuto del Registro

	<p>Para la expedición de dicha guía deberá primar <u>la prevención de morbilidad materna y neonatal, se tendrá en consideración la evidencia científica sobre el parto y los requisitos para optar por la alternativa de bajo riesgo en casa,</u> por lo cual, la misma deberá ser actualizada mínimo cada tres (3) años o cuando la evidencia científica se renueve.</p> <p><u>Para la construcción de la guía podrán constituir mesas o comités de expertos y facultades de medicina, enfermería, neonatología, ginecología obstetricia y afines.</u></p> <p><u>Durante el desarrollo del parto es obligatorio: a. Una ambulancia con equipo capacitado que esté disponible y presente en el lugar del parto; b. debe garantizar estar a una distancia de 35 minutos de un centro hospitalario evitando todo tipo de peligro o situaciones previsibles para la madre y el ser humano por nacer; c. deberán estar presentes dos enfermeras durante el parto. y el pediatra y neonatólogo visitará al recién nacido en las primeras 72 horas. f. La mujer tendrá derecho a que sea valorada por un obstetra o profesional correspondiente de manera oportuna.</u></p>	<p>del Estado Civil de las personas, definen el título VI del registro de nacimientos, artículo: El nacimiento se acreditará ante el funcionario encargado de llevar el registro del estado civil mediante certificado médico o enfermera que haya asistido a la madre en el parto, y en defecto de aquel, con declaración juramentada de dos testigos hábiles.</p>
--	--	---

	<p><u>Se debe contar con un protocolo de emergencia y los sistemas de remisión en caso de ocurrir una complicación o un evento adverso durante el parto</u></p> <p><u>El ejercicio de la partería debe:</u></p> <p><u>Evitar la ocurrencia de afectaciones físicas a los seres humanos al nacer, maltrato, infecciones, muerte, preclamsia, tromboembolia, hemorragia obstétrica, septicemia.</u></p> <p><u>Para el ejercicio de la partería no tradicional se deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional Del Talento Humano en Salud (Rethus) descrito por el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007</u></p> <p><u>Se establecerá la expedición del certificado de nacimiento por el médico tratante o la autoridad de salud competente o correspondiente de manera que sea oportuno.</u></p>	
<p>Artículo 7°. Formación de Matronas. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Seguridad Social, promoverán la formación de matronas a través de programas académicos dirigidos a profesionales del sector salud en las condiciones que defina el Gobierno nacional.</p>	<p>Artículo 8°. Formación de partería profesional. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverán la formación de parteras a través de programas académicos dirigidos a profesionales del sector salud en las condiciones que defina el Gobierno nacional <u>con miras a garantizar a</u></p>	<p>Según concepto recibido se presenta según el metaanálisis holandés de 2010 de 12 estudios de países occidentales que evaluaban los resultados maternos y neonatales asociados con más de 342.000</p>

<p>De igual manera, se promoverá la formación y actualización de las parteras tradicionales respetando en todo momento los contenidos tradicionales que se derivan de su práctica.</p>	<p><u>las madres un parto idóneo y un nacimiento en las condiciones exigidas y pertinentes.</u></p> <p>De igual manera, se promoverá la formación y actualización de las parteras tradicionales respetando en todo momento los contenidos tradicionales que se derivan de su práctica <u>y sus creencias religiosas, siempre garantizando la salvaguarda de la vida de la madre y el ser humano por nacer previendo, enfermedades, discapacidades o efectos previsibles del manejo del parto.</u></p>	<p>partos domiciliarios planificados y más de 207.000 partos hospitalarios planificados, el parto domiciliario se asoció con tasas más bajas de intervenciones, reducciones en la morbilidad materna y niveles comparables de muertes perinatales, pero una tasa más alta de mortalidad neonatal por tal razón e hace indispensable alertar sobre la necesaria salvaguarda la vida de la madre y el ser humano por nacer</p>
<p>Artículo 8°. Registro Único Nacional de Matronas Autorizadas. Para el ejercicio de la partería no tradicional se deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional Del Talento Humano en Salud (Rethus) descrito por el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007.</p> <p>Parágrafo. Para la práctica de la partería no tradicional, las matronas deberán constituir una póliza de responsabilidad civil.</p>	<p>Artículo 9°. Finalidad de la partería y registro único nacional de partería profesional. <u>La finalidad de las parteras profesionales es llevar a exitoso termino el alumbramiento y parto completo y con los estándares de protección materna y del ser humano por nacer.</u></p> <p><u>No implica la exclusión del médico durante todo el proceso de embarazo.</u></p> <p><u>Las parteras deben estar certificadas y con autorización legal para ejercer la práctica.</u></p>	

	<p><u>Deberán contar con una póliza de responsabilidad civil.</u></p>	
<p>Artículo 9°. Cobertura del Plan de Beneficios en Salud. Los costos derivados de la atención, cuidado y asistencia del parto en casa deberán ser incluidos dentro del plan de beneficios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen la obligación de informar a la mujer gestante sobre la posibilidad de elegir el parto en casa como una alternativa científicamente viable y segura.</p>	<p>Artículo 10°. Cobertura del Plan de Beneficios en Salud. Los costos derivados de la atención, cuidado y asistencia del parto en casa deberán ser incluidos dentro del plan de beneficios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen la obligación de informar a la madre <u>y el padre</u> sobre la posibilidad de elegir el parto <u>de bajo riesgo</u> en casa como una <u>alternativa y atender oportunamente a la madre en todo el desarrollo de su embarazo parto y post parto.</u></p> <p><u>Se deberá tener historia clínica de los dos pacientes y serán consignados los consentimientos previos informados, los controles realizados, ecografías y estudios, partogramas y demás estudios requeridos.</u></p> <p><u>Dentro del historia clínica se deberá reportar, el resultado el parto indicando si se presentó alguna complicación durante el procedimiento y la cusa de la misma.</u></p> <p><u>En caso del fallecimiento del ser humano por nacer se deberá reportar por parte de la madre o el padre y la partera ante la EPS de inmediato con su respectiva descripción del suceso, y se</u></p>	

	<u>deberá abrir frente a esta situación obligatoriamente la investigación correspondiente para establecer las causas. De no reportarse se aplicarán las sanciones a que haya lugar.</u>	
ARTICULO NUEVO	<p>Artículo 11°. Toda persona que practique ilegalmente la partería, que suplante a una partera será sancionada y responderá civil, administrativa y penalmente según sea el caso. Y en ningún caso se podrá a través de esta práctica y ejercicio suscribir contratos con objeto ilícito o prestarse para un ilícito en contra de la vida de la madre o el ser humano por nacer.</p> <p>La partería profesional le será aplicable las normas en materia de ética y normas disciplinarias cuando sea el caso.</p>	
ARTICULO NUEVO	Artículo 12°. La Superintendencia de Salud vigilará esta opción del sistema de salud.	
Artículo 10°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.	Artículo 13. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.	

VIII. PROPOSICIÓN

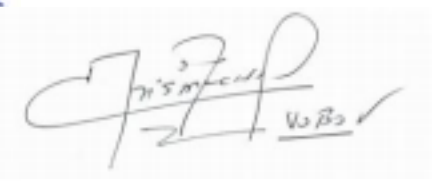
Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a la H. Representantes de la comisión VII de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el Proyecto de Ley No. 482 *“Por medio de la cual*

se dictan disposiciones para reglamentar el parto en casa” con base en el texto propuesto.

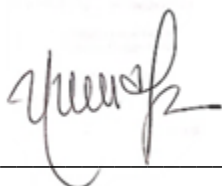
De los Honorables Representantes,



CARLOS EDUARDO ACOSTA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Colombia Justa Libres



**JAIRO GIOVANNY CRISTANCHO
TARACHE**
Representante a la Cámara por Casanare
Partido Centro democrático



NORMA HURTADO SANCHEZ
Representante a la Cámara por el Valle
del Cauca
Partido de la U

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por
Manizales
Partido Liberal



FABIAN DIAZ PLATA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza verde



IX. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

“Por medio de la cual se dictan disposiciones para reglamentar el parto en casa”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el parto de bajo riesgo en casa como una alternativa de protección a la madre y el ser humano por nacer como sujetos de especial protección constitucional con miras a garantizar su salud, su vida y atención prioritaria.

Se deberá garantizar el derecho a la información veraz, completa oportuna e idónea con miras a que la madre y el padre estén debidamente informados sobre las exigencias, personal certificado, riesgos, requisitos y lugares donde pueden realizar la labor de parto en condiciones de idoneidad y en cumplimiento de los requisitos de salud exigidos, garantizando en el ejercicio de la partería el manejo integro, ético, profesional y pertinente con miras a prever toda afectación o morbilidad a la madre y al ser humano por nacer antes durante y después del parto.

Artículo 2°. Definición. Para los efectos de la presente ley se entenderá por partería certificada y profesional el ejercicio que realiza una persona con formación profesional o técnica en áreas de la salud o aquella que estando en el marco tradicional cuente con capacitación certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de asistir a las madres y al ser humano por nacer durante las etapas de gestación y del parto de acuerdo con las exigencias constitucionales legales y la guía de práctica clínica del parto dentro del sistema de salud público y privado garantizando a las madres y al ser humano por nacer una atención oportuna y efectiva para la protección en su salud y vida.

Su ejercicio además se regirá por los siguientes principios:

Principio de Dignidad de la maternidad. - Se propenderá por la no discriminación de la mujer en estado de embarazo y el desarrollo efectivo de su maternidad con la atención oportuna, idónea y de calidad que lleve a cabo el nacimiento en las condiciones requeridas de salud, calidad y oportunidad.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Principio de dignidad del ser humano por nacer. - Se propende por el respeto de la salud y la vida del ser humano que esta por nacer en toda etapa de gestación y al momento de su nacimiento garantizando la atención oportuna, idónea y exigida con todas las garantías de salud, salubridad, protección y atención por personal capacitado y con experiencia certificada previendo toda alteración física y de salud durante y después del nacimiento.

Principio de dignidad de la paternidad. -se garantiza la no discriminación y exclusión del padre en el proceso de parto y nacimiento de su hijo o hija pudiendo participar en todas las etapas de desarrollo de la gestación y nacimiento.

Principio de protección reforzada pre y post natal. -se preverá toda morbilidad materna e infantil y se dispondrá de los medios necesarios para salvaguardar la vida y salud de los dos pacientes madre y ser humano por nacer.

Principio pro homine. Toda la ley se regirá por la garantía y respeto del principio constitucional pro homine.

Artículo 3°. Decisión informada y condiciones de la alternativa de parto en casa.

Todas las madres y padres tendrán el derecho a estar debida e idóneamente informados sobre el lugar dónde desean se realice el parto. Las diferencias que se presenten entre la voluntad de la madre y el padre y el concepto médico, se definirán a través de los parámetros que fije la guía de práctica clínica de parto y también se podrá acudir ante un juez de la República.

La madre y padre deberán ser informados de las condiciones de salud, y sobre los riesgos el nivel bajo o alto que puedan eventualmente surgir en un procedimiento y de riesgo como toda complicación que no puede ser atendida en domicilio.

Aquellas circunstancias en que pudieren generar morbilidad o mortalidad deben ser intervenidas para garantizar la vida y la salud de la madre y el ser humano por nacer.

Para optar por esta alternativa deberán contar con los exámenes pre clínicos establecidos en la guía clínica para la atención del parto y certificar su bajo riesgo.

Artículo 4°. Partería Tradicional. Para efectos de la presente ley no se interpretará ninguna de las disposiciones en perjuicio de las prácticas de partería tradicional que dentro de las comunidades realizan, las cuales deberán ser respetadas y atendidas en consideración a su contenido cultural y religioso.



Siempre en procura de la salvaguarda de la integridad en salud y vida de la madre y el ser humano por nacer.

Artículo 5°. Difusión sobre el parto en casa. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una campaña en todo el territorio nacional para informar, con base en la evidencia científica vigente, sobre la modalidad de parto en casa de bajo riesgo como una alternativa para las madres, esta campaña deberá informar sobre la prevención de morbilidad neonatal y la importancia del cuidado prenatal como los requisitos para el ejercicio de la partería en Colombia.

De igual forma dispondrá toda la información necesaria para que las personas puedan consultar quien ostenta la calidad certificada de partera y su correspondiente habilitación.

Artículo 6°. Registro de información. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá llevar un registro y control de cifras y estadísticas que reflejen el número de partos en casa, detallado por departamento y municipio, así como las complicaciones durante el procedimiento y sus respectivas causas.

Deberá llevar un registro y análisis de las cifras de mortalidad perinatal y neonatal.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presenta un informe anual ante las Comisiones VII de Cámara y Senado donde dé cuenta de los resultados de esta ley.

Artículo 7°. Guía de práctica clínica de parto en casa. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá una guía de práctica clínica de parto en casa para madres con bajo riesgo que establecerá los lineamientos de salud exigidos para dicha práctica, así como los tiempos y estándares de protección en materia de atención obstétrica ginecológica y neonatal la cual se enmarcará dentro de los principios y obligaciones contemplados en la ley y se deberá articular con las guías clínicas de parto para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, articulado igualmente con el Modelo de Acción Integral Territorial y la ruta materno perinatal, para disminuir la morbilidad neonatal y materna.

La madre tendrá derecho a tener atención permanente y planeada para el parto como el ser humano por nacer, quien a su vez tendrá derecho a ser valorado oportunamente y atendido con las condiciones más altas de atención en todas las etapas de desarrollo. El padre tendrá Derecho a participar en todas las etapas del embarazo desarrollo y atención prenatal y neonatal.



Para la expedición de dicha guía deberá primar la prevención de morbilidad materna y neonatal, se tendrá en consideración la evidencia científica sobre el parto y los requisitos para optar por la alternativa de bajo riesgo en casa, por lo cual, la misma deberá ser actualizada mínimo cada tres (3) años o cuando la evidencia científica se renueve.

Para la construcción de la guía podrán constituir mesas o comités de expertos y facultades de medicina, enfermería, neonatología, ginecología obstetricia y afines.

Durante el desarrollo del parto es obligatorio: a. Una ambulancia con equipo capacitado que esté disponible y presente en el lugar del parto; b. debe garantizar estar a una distancia de 35 minutos de un centro hospitalario evitando todo tipo de peligro o situaciones previsibles para la madre y el ser humano por nacer; c. deberán estar presentes dos enfermeras durante el parto. y el pediatra y neonatólogo visitará al recién nacido en las primeras 72 horas. f. La mujer tendrá derecho a que sea valorada por un obstetra o profesional correspondiente de manera oportuna.

Se debe contar con un protocolo de emergencia y los sistemas de remisión en caso de ocurrir una complicación o un evento adverso durante el parto

El ejercicio de la partería debe:

Evitar la ocurrencia de afectaciones físicas a los seres humanos al nacer, maltrato, infecciones, muerte, preclamsia, tromboembolia, hemorragia obstétrica, septicemia.

Para el ejercicio de la partería no tradicional se deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional Del Talento Humano en Salud (Rethus) descrito por el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007

Se establecerá la expedición del certificado de nacimiento por el médico tratante o la autoridad de salud competente o correspondiente de manera que sea oportuno.

Artículo 8°. Formación de partería profesional. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverán la formación de parteras a través de programas académicos dirigidos a profesionales del sector salud en las condiciones que defina el Gobierno nacional con miras a garantizar a las madres un parto idóneo y un nacimiento en las condiciones exigidas y pertinentes.

De igual manera, se promoverá la formación y actualización de las parteras tradicionales respetando en todo momento los contenidos tradicionales que se



derivan de su práctica y sus creencias religiosas, siempre garantizando la salvaguarda de la vida de la madre y el ser humano por nacer previendo, enfermedades, discapacidades o efectos previsibles del manejo del parto.

Artículo 9°. Finalidad de la partería y registro único nacional de partería profesional. La finalidad de las parteras profesionales es llevar a exitoso termino el alumbramiento y parto completo y con los estándares de protección materna y del ser humano por nacer.

No implica la exclusión del médico durante todo el proceso de embarazo.

Las parteras deben estar certificadas y con autorización legal para ejercer la práctica. Deberán contar con una póliza de responsabilidad civil.

Artículo 10°. Cobertura del Plan de Beneficios en Salud. Los costos derivados de la atención, cuidado y asistencia del parto en casa deberán ser incluidos dentro del plan de beneficios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen la obligación de informar a la madre y el padre sobre la posibilidad de elegir el parto de bajo riesgo en casa como una alternativa y atender oportunamente a la madre en todo el desarrollo de su embarazo parto y post parto.

Se deberá tener historia clínica de los dos pacientes y serán consignados los consentimientos previos informados, los controles realizados, ecografías y estudios, partogramas y demás estudios requeridos.

Dentro del historia clínica se deberá reportar, el resultado el parto indicando si se presentó alguna complicación durante el procedimiento y la cusa de la misma.

En caso del fallecimiento del ser humano por nacer se deberá reportar por parte de la madre o el padre y la partera ante la EPS de inmediato con su respectiva descripción del suceso, y se deberá abrir frente a esta situación obligatoriamente la investigación correspondiente para establecer las causas. De no reportarse se aplicarán las sanciones a que haya lugar.

Artículo 11°. Toda persona que practique ilegalmente la partería, que suplante a una partera será sancionada y responderá civil, administrativa y penalmente según sea el caso. Y en ningún caso se podrá a través de esta práctica y ejercicio suscribir contratos con objeto ilícito o prestarse para un ilícito en contra de la vida de la madre o el ser humano por nacer.

La partería profesional le será aplicable las normas en materia de ética y normas disciplinarias cuando sea el caso.

Artículo 12°.La Superintendencia de Salud vigilará esta opción del sistema de salud.

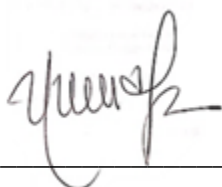
Artículo 13. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.



CARLOS EDUARDO ACOSTA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Colombia Justa Libres

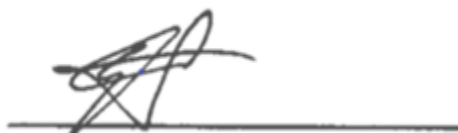


**JAIRO GIOVANNY CRISTANCHO
TARACHE**
Representante a la Cámara por Casanare
Partido Centro democrático



NORMA HURTADO SANCHEZ
Representante a la Cámara por el Valle
del Cauca
Partido de la U

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por
Manizales
Partido Liberal



FABIAN DIAZ PLATA
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Alianza verde