



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 774

Bogotá, D. C., lunes, 12 de julio de 2021

EDICIÓN DE 13 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

CARTAS DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS COTELCO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 489 DE 2020 CÁMARA, 212 DE 2019 SENADO

por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal, se establece el trabajo a tiempo parcial para jóvenes y adultos mayores y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, mayo 31 de 2021

PE-121-2021

Honorables Representantes
COMISIÓN SÉPTIMA CÁMARA DE REPRESENTANTES
Atención: Dr. Juan Diego Echavarría Sánchez
Presidente
Comisión Séptima Cámara de Representantes
Congreso de la República de Colombia

REF: Comentarios ponencia para tercer debate del PL 212/19S, 489/20 C, "Por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal, se establece el trabajo a tiempo parcial para jóvenes y adultos mayores y se dictan otras disposiciones"

Estimados Representantes:

Desde la Asociación Hotelera y Turística de Colombia- COTELCO- les extendemos un cordial saludo y votos de bienestar y salud para usted, sus seres queridos y equipo de trabajo.

Atendiendo su amable invitación para participar con nuestros comentarios en relación con el proyecto en referencia, procedemos a ratificar lo expuesto en la audiencia pública realizada en días anteriores y en la cual participamos.

Desde COTELCO consideramos que el proyecto cuando fue presentado en el 2019 fue bajo las premisas de unas circunstancias económicas y sociales del país bastante diferentes a las actuales, con indicadores de empleo e inversión afortunadamente bastante positivos

Lamentablemente todos los indicadores de inversión y empleo han caído drásticamente como consecuencia de los cierres y medidas de control y mitigación de la pandemia por COVID – 19 y sumado lo anterior, a las recientes situaciones de orden público que han profundizado la crisis en sectores que como el del Turismo, pues la imagen de seguridad y estabilidad de un destino son fundamentales para que las personas quieran visitarlo o movilizarse.

De acuerdo con el estudio realizado por el Centro de Pensamiento Turístico de Colombia – CPTUR en 2018, denominado "El empleo en el sector turismo: análisis de los indicadores laborales para Colombia 2007 – 2017", el sector ha mostrado una tendencia creciente a nivel de generación de empleo, al pasar de un promedio de 889.770 personas ocupadas en el sector en 2007, a un promedio de 1.357.103 empleados en 2017. Así mismo, según cifras del Boletín de Empleo publicado por el CPTUR, en 2018 el número de ocupados en el sector fue de 1.409.085, mientras que, en 2019 fue de 1.393.383.

Gráfico . Participación del turismo y actividades conexas en la generación de empleo



Fuente: Centro de Pensamiento Turístico de Colombia - CPTUR (2020)

El estudio realizado por el CPTUR detalla el comportamiento del subsector de alojamiento en hoteles, hostales y apartahoteles, en el que se evidencia el importante avance que ha tenido en materia de creación de empleo, pasando de un total de 53.700 empleos en 2007, a un nivel cercano a los 88.000 empleos en 2017. Por su parte, para el año 2019, la cifra de empleos directos generados por el sector ya alcanzaba un promedio de 110.000.

Por su parte, mientras que de 2007 a 2019 se evidenció un aumento mayor al 50% en la generación de empleos de la totalidad del sector a nivel nacional, en el subsector de alojamiento el aumento fue del 80% en el mismo periodo. En comparación, según cifras de la OCDE, el empleo en hoteles y restaurantes creció un 45% entre 1995 y 2015, siendo un 30% más que el crecimiento promedio en la economía (OECD, 2020).

En línea con lo anterior, si bien es claro que el turismo y la hotelería son actividades intensivas en la generación de empleo por su transversalidad y efecto multiplicador sobre otras actividades, es pertinente analizar cómo han evolucionado las condiciones de informalidad, ingresos y calidad de empleo en el sector, basados en las cifras reportadas por el estudio mencionado y el Boletín de Empleo del CPTUR.

En este sentido, si bien la informalidad laboral registrada en 2017 alcanzó el 69.5% disminuyendo 7.5 puntos porcentuales respecto a la cifra de 2007 (77%), en 2019 se observa un aumento en este indicador, llegando a 70.1% ocupados informales en el sector. Por su parte, haciendo énfasis en el subsector de alojamiento, se registra una disminución de este indicador en todo el periodo, pues la informalidad se redujo en 7,1 puntos porcentuales entre 2007 y 2017, lo que llevó la tasa de informalidad de 46,5% a 39,4% y, a su vez, en 2019 la tasa registrada se ubicó en 38.73% manteniendo una tendencia a la baja.

Con respecto al comportamiento de los ingresos de los trabajadores en el sector turismo, el estudio de indicadores laborales logra establecer el comportamiento de esta variable mediante un análisis por quintiles; siendo el quintil 1 aquel en el que se encuentran las personas con los salarios más bajos y el quintil 5, en el que se encuentran aquellos con los ingresos salariales más altos. Entre 2007 y 2017, se evidenció un incremento de 9,1 puntos porcentuales en la proporción de personas ubicadas en el quintil de más bajos ingresos (quintil 1), junto con un descenso de 0,4 puntos porcentuales en el porcentaje de empleados en actividades turísticas pertenecientes al de más altos ingresos (quintil 5), no obstante, en el quintil 3 se registró un aumento del número de ocupados, pasando del 17,7% del total de empleados en 2007, al 20% de ellos en 2017; lo que representa un aumento de 2,3 puntos porcentuales.

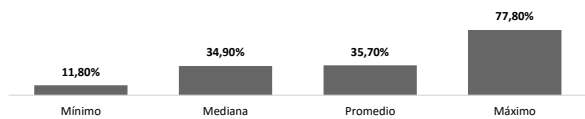
En este aspecto se debe rescatar la brecha existente en materia de ingresos, pues cerca del 60% de la población pertenece a los primeros dos quintiles, y para el cierre del periodo analizado en el estudio, el salario promedio observado en el quintil 5 era casi 6 veces superior al salario promedio correspondiente al quintil 1, mientras que, fue 3.2 veces mayor comparado con el quintil 2. Sin embargo, cabe resaltar que a excepción del quintil 5, los demás quintiles evidenciaron un crecimiento del ingreso mayor al 60%, compensando la inflación observada en el periodo de estudio.

En términos del salario promedio del sector, este se mantuvo cercano al salario mínimo legal vigente (SMLV) de 2007 a 2017, sin embargo, no se encontró una relación fuerte entre el aumento del salario y el incremento en el PIB del sector, lo que explica que los salarios respondieron a los cambios en el SMLV y no otra variable macroeconómica o sectorial.

En lo que tiene que ver con la calidad del empleo, se observa un aumento en el número de personas contratadas directamente, pasando del 22,5% en 2007 al 45,7% en 2017 sobre el total de trabajadores del sector; siendo estas cifras mayores a las observadas en la modalidad de contratación a término indefinido. Por su parte, los denominados sectores turísticos presentan la mayor relación de contratación directa, con un 80% de trabajadores contratados en esta modalidad en 2017, en contraste, por ejemplo, con el sector transporte que registró una cifra tan sólo de 17.3% en el mismo año.

Finalmente, en lo que corresponde al peso del costo de personal en los costos totales de las empresas del subsector de alojamiento, a partir del Estudio Nacional de Cargos y Salarios que realizó Cotelco, se evidencia que en promedio corresponde al 35.7%, con incidencia no homogénea, encontrándose algunos casos en los que la participación puede significar cerca del 70%, en especial en establecimientos pequeños.

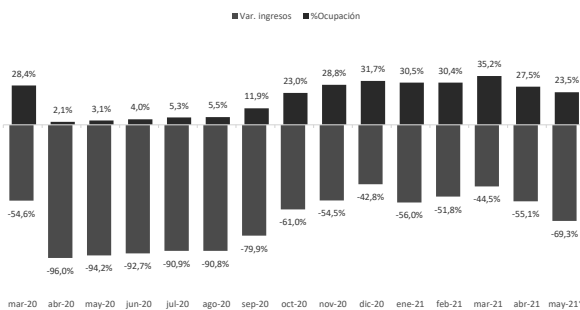
Gráfico. Participación del costo de personal en el costo total de las empresas del subsector de alojamiento



Fuente: Estudio Nacional de Cargos y Salarios (2018)

De acuerdo con los recientes análisis realizados por Cotelco, la actividad turística y hotelera prácticamente paralizó su operación durante los meses de marzo a agosto de 2020 e inició una senda de recuperación hasta diciembre del mismo año; sin embargo, los nuevos picos de contagio y las medidas implementadas en estos escenarios pusieron un freno a la recuperación, situación que se agravó con el paro nacional, que aún se desarrolla en el país y como resultado, después de alcanzar un nivel de 35.2% en marzo de 2021, para el mes de mayo los pronósticos solo estiman un 23.5% de ocupación bajo un escenario optimista.

Gráfica: comportamiento de la ocupación e ingresos del sector hotelero (mar-20 a may-21)



Fuente: Sistema de Información Hotelero – SIH de COTELCO * proyectado

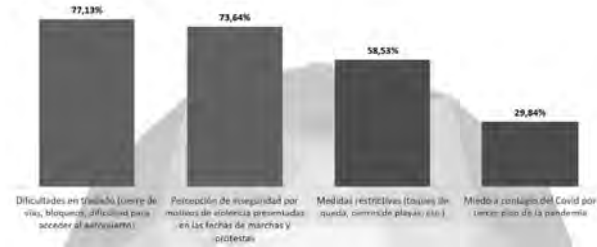
Por su parte, según las cifras del gremio, en materia de ingresos por concepto de la operación hotelera, realización de eventos y actividades complementarias a la hotelería, en los meses más críticos de la pandemia, la reducción alcanzó niveles superiores al 90%, disminuyendo su magnitud en la etapa de recuperación, pero que en los meses de abril y mayo de 2021 volvieron a caer de manera significativa como consecuencia del menor flujo de turismo durante el periodo del paro nacional. Las estimaciones de Cotelco indican que durante marzo de 2020 y mayo de 2021, la disminución de ingresos del sector equivale a cerca de 10 billones de pesos, representados en la no venta de los servicios hoteleros y complementarios. Para el periodo de abril a mayo de 2021, los cálculos de Cotelco indican una afectación de 1.1 billones de pesos, de los cuales, el 35.9% (400 mil millones de pesos) están asociados al efecto del paro nacional.



A partir de los datos recopilados por Cotelco con una muestra representativa de las 21 regiones en las que tiene presencia, en el último reporte emitido se evidenció que entre el 26 de abril y el 25 de mayo de 2021, el 57.8% de las reservas fueron canceladas, siendo el motivo principal, con un 77.13%, las dificultades para el traslado de los turistas (cierres de vías, bloqueos, dificultades para acceder a los aeropuertos), seguido de la percepción de inseguridad por motivos de violencia presentada en las fechas de marchas o protestas (73.64%).

Aunque ninguna región del país se ha visto excluida de esta situación, los destinos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Cartagena, Bogotá, Santander, Antioquia, Boyacá, Cundinamarca y Huila son los que mayor afectación registran.

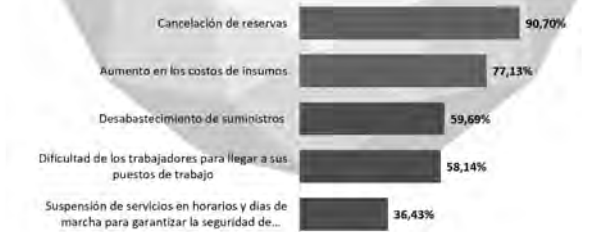
Gráfica: motivos expresados por los huéspedes para realizar la cancelación de las reservas hoteleras en el periodo del 26 de abril a 25 de mayo de 2021.



Nota: Múltiple opción de respuesta – Varios motivos por cancelación
Fuente: Sistema de Información Hotelero – SIH de COTELCO

Adicionalmente a las cancelaciones de reservas, los empresarios hoteleros manifiestan afectaciones relacionadas con el paro en aspectos como el aumento los costos de los insumos (77.13%), desabastecimiento de insumos (59.69%), dificultades de los trabajadores para llegar a sus puestos de trabajo (58.14%) y suspensiones de servicios en horarios y días de marcha para garantizar la seguridad de los trabajadores y huéspedes (36.43%).

Gráfica: impactos del paro nacional en el sector hotelero del país



Fuente: Sistema de Información Hotelero – SIH de COTELCO

Por todo lo anterior y considerando que en el proyecto no se fundamente en un análisis comparativo de todos los aspectos en el esquema laboral entre los países con los que ponen de ejemplo por tener menos horas de jornada laboral sin

disminución de base o factor salarial y en virtud a lo indicado por el vocero de la OCDE " Generar empleo formal en Colombia es muy caro si se compara con otros países" <https://www.larepublica.co/economia/generar-empleo-formal-en-colombia-es-muy-carro-si-se-compara-con-otros-paises-3178114>, así como las cifras arriba indicadas respecto al sector hotelero y turístico, se solicita a los honorables representantes negar la ponencia de este proyecto y en consecuencia el archivo del mismo, pues sus efectos serán contrarios al propósito del mismo. En el caso de nuestro sector iniciativas como la anterior a lo que conducirán es a la aceleración de la automatización de muchos procesos que hoy en día utilizan recurso humano pero que en muchas partes del mundo ya lo realizan aparatos.

Se hace necesario un análisis más profundo de los aspectos laborales en Colombia para que sea un aspecto más competitivo y acorde con las dinámicas mundiales.

Desde COTELCO estamos prestos a colaborar y participar en todos los espacios que a bien consideren para la aclaración o ampliación de nuestra solicitud. Cualquier contacto lo pueden realizar con la Dra. Claudia Barreto, directora Jurídica Nacional de Cotelco, cbarreto@cotelco.org, celular 3182544851.

Atentamente,

[Signature]
GUSTAVO A. TORO VELÁSQUEZ
Presidente Ejecutivo

CARTA DE COMENTARIOS ACOPI AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 489 DE 2020 CÁMARA, 219 DE 2019 SENADO

por medio de la cual se reduce la jornada ordinaria de trabajo, se reglamenta el trabajo a tiempo parcial y se dictan otras disposiciones.

Barranquilla junio 17 de 2021

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ
Presidente de la Comisión Séptima Constitucional Permanente
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Ciudad

ASUNTO: Comentarios ACOPI al proyecto de ley Proyecto de Ley No. 212 de 2019 Senado, 489 de Cámara "Por medio de la cual se reduce la jornada ordinaria de trabajo, se reglamenta el trabajo a tiempo parcial y se dictan otras disposiciones" saludo cordial.

ACOPI, gremio que agrupa a las MiPymes, quienes representan el 96% del tejido empresarial colombiano, generan el 80% del empleo, y el 40% del PIB, nos dirigimos a esa honorable Corporación, con el fin de reiterar nuestra solicitud de archivo del proyecto de ley del asunto, teniendo en cuenta el grave impacto que este tendría sobre nuestro segmento, uno de los más fuertemente golpeados por la crisis social y económica que vive el país, por causa de la pandemia y bloqueos.

De acuerdo a resultados de nuestra Encuestas De Desempeño Empresarial del primer trimestre de 2021, el número promedio de empleados por tamaño de empresa, fue de seis (6) en la micro; quince (15) en la pequeña; noventa (90) en la mediana. evidenciando una disminución en el promedio de empleados según tamaño de empresa. De igual forma los resultados muestran que el porcentaje de empresas que disminuyeron su planta de personal fue del (67%), fue mayor a las que lo mantuvieron y/o aumentaron (33%).

Por lo anterior y debido a que el sector empresarial se encuentra en un momento de adaptación y superación de efectos de la pandemia y los bloqueos, el proyecto resulta inconveniente, puesto que las empresas no están condiciones de asumir nuevas cargas.

De aprobarse esta iniciativa se generaría un incremento de los costos laborales en nuestras MiPymes, en un 13,6% adicional sobre el salario de los empleados, lo cual sería contraproducente para nuestro segmento el cual representa el 80% del empleo en el país y esta medida ahondaría sus dificultades y aumentaría las cifras de desempleo, que al mes de abril estaba en el 15.1%

Desde ACOPI hacemos un llamado a la reflexión a los congresistas, teniendo en cuenta que este momento es vital para la reactivación social y económica que el país requiere, por lo que debemos enfocarnos en la generación de empleo a los colombianos, lo que significa generación de ingresos para las familias y la satisfacción de sus necesidades.

Con fundamento en estas consideraciones solicitamos el archivo de esta iniciativa o se tenga en cuenta su aprobación de acuerdo a la siguiente proposición:

Con fundamento en lo contemplado en la ley 5 de 1992 y las normas concordantes, modifíquese el Artículo 7º del Proyecto de Ley No. 489 de 2020 Cámara – 212 de 2019 Senado "Por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal de manera gradual, sin disminuir el salario de los trabajadores y se dictan otras disposiciones", el cual quedará así:

Artículo 7º. Vigencia. La presente ley entrará a regir el primero de enero del año siguiente al cual se cumplan, al menos, dos de las siguientes condiciones: 1. La productividad laboral nacional, sea superior al 5% del año anterior. 2. La tasa nacional de informalidad laboral, se haya reducido al 45%. 3. El índice nacional de desempleo, sea inferior al 9%.

Cordial Amiga,

[Signature]
ROSMERY QUINTERO CASTRO
Presidente Nacional

CARTA DE COMENTARIOS RESGUARDO INDÍGENA CAÑAMOMO-LOMAPRIETA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 492 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se busca reconocer, conservar y salvaguardar el patrimonio cultural material e inmaterial del municipio de Riosucio (Caldas), por parte de la Nación y el Congreso de la República, de tal forma que se faculte al Gobierno Nacional y su institucionalidad para que concurren al municipio de Riosucio (Caldas) y protejan, conserven y promuevan el desarrollo cultural, social y económico del municipio.

<p>Riosucio, 19 de junio de 2021.</p> <p>Doctor GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ Presidente Cámara de Representantes</p> <p>Ref: Comentarios al Proyecto de Ley N° 492 de 2020 Cámara <i>“por medio de la cual se busca Reconocer, conservar y salvaguardar el patrimonio cultural material e inmaterial del municipio de Riosucio (Caldas), por parte de la Nación y el Congreso de la República, de tal forma que se faculte al Gobierno Nacional y su institucionalidad para que concurren al municipio de Riosucio (Caldas) y protejan, conserven y promuevan el desarrollo cultural, social y económico del municipio”</i> publicado en la Gaceta del Congreso N° 531 de 2021, aprobado en Comisión Sexta de mayo 12 de 2021.</p> <p>Respetado presidente:</p> <p>El Representante a la Cámara Luis Fernando Gómez Betancurt y el Senador Carlos Felipe Mejía Mejía radicaron el Proyecto de Ley de la Referencia que tiene como propósito establecer una Comisión Especial Temporal para asumir pro tempore funciones asignadas de manera exclusiva a la Agencia Nacional de Tierras – ANT, al Instituto Geográfico Agustín Codazzi y al Ministerio del Interior, en materia de clarificación de títulos de propiedad colectiva de resguardos de origen colonial, Consulta previa y ordenamiento territorial, en el municipio de Riosucio Caldas.</p> <p>Las autoridades tradicionales del Resguardo Indígena de Origen Colonial ha efectuado seguimiento al Proyecto de Ley en mención, teniendo como referente la sentencia T-530 de 2016 proferida por la Corte Constitucional, a través de la cual se ratificó la existencia de nuestro resguardo y se ordenó a las entidades competentes adelantar las medidas tendientes a la delimitación y titulación de acuerdo con la legislación vigente sobre la materia, en concertación con las autoridades indígenas y bajo los estándares nacionales e internacionales en materia de territorios ancestrales.</p> <p>En este sentido, presentamos algunos análisis efectuados en relación con la necesidad de revisar la pertinencia y utilidad del proyecto normativo, alertar sobre la vulneración del derecho fundamental a la consulta previa de medidas legislativas que este supone, así como la urgencia de emprender en concertación con la Comisión Nacional de Territorios Indígenas, la Mesa Permanente de Concertación y las autoridades de los resguardos de origen colonial, la formulación de un marco legislativo acorde con los estándares internacionales en materia de protección a los territorios ancestrales, para la ampliación y saneamiento de los Resguardos de Origen Colonial en todo el país.</p>	<p>Algunos comentarios sobre el proyecto de ley decreto “Por medio de la cual la nación y el congreso de la república reconocen, conservan y salvaguardan el patrimonio cultural material e inmaterial del municipio de Riosucio (Caldas) y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>Consideraciones previas:</p> <p>La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, a través de sentencia T-530 de 2016, amparó los derechos fundamentales a la diversidad étnica y cultural, la propiedad colectiva, la Consulta Previa, la autonomía política, la tierra y el territorio, del Resguardo Indígena Cañamomo Lomaprieta, que encontró vulnerados por parte de la Agencia Nacional de Minería, con ocasión del otorgamiento de licencias mineras y contratos de concesión minera bajo la justificación de que en el Resguardo no se encontraba dentro del Catastro Minero, omitiendo que se trata de un Resguardo de Origen Colonial que desde 1994 recibe transferencias de la Nación y al momento de proferir la sentencia, se encontraba en curso el proceso de delimitación y titulación del territorio.</p> <p>Para garantizar el goce efectivo de los derechos tutelados, a partir del numeral segundo del resuelve, se adoptaron 15 medidas orientadas a garantizar el goce efectivo de los derechos tutelados. En relación con el proceso de delimitación y titulación que pretende asignarse a la denominada “Comisión Especial Bicentenario de Riosucio”, los numerales segundo y tercero de la sentencia establecieron lo siguiente:</p> <p>SEGUNDO: ORDENAR a la Agencia Nacional de Tierras (ANT) que priorice el proceso de delimitación y titulación de tierras de las comunidades étnicas asentadas en inmediaciones de los municipios de Riosucio y Supía, departamento de Caldas y, en especial, del Resguardo Cañamomo y Lomaprieta. Este proceso deberá estar terminado dentro del término máximo de un año contado a partir de la notificación de la presente sentencia, prorrogable por seis meses más con autorización previa de la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional.</p> <p>TERCERO: ORDENAR a la ANT que, para efectos de cumplir a cabalidad con lo dispuesto en el numeral primero, conforme un grupo interdisciplinario de expertos encargado de producir un documento de recomendaciones acerca de cómo debe hacerse la delimitación territorial en la zona. La composición y criterios de trabajo de este grupo deberán seguir los lineamientos establecidos en los párrafos 120.1, 120.2, 120.3 y siguientes de la presente providencia.</p>
<p>La providencia de la Corte ratificó la competencia de la máxima autoridad de tierras para que sea esta, de acuerdo con la legislación vigente, la que se encargue del proceso de delimitación y titulación del territorio del resguardo de origen colonial. Para atender a las complejidades territoriales que arbitrariamente reduce el ponente a un inexistente privilegio en cabeza de las comunidades indígenas, la Corte dispuso que se constituyera un equipo interdisciplinario de profesionales para proferir las recomendaciones sobre el proceso de delimitación que debía adelantarse por parte de la ANT.</p> <p>El informe final de esta Comisión fue presentado el día 19 de julio de 2018, luego de implementar una metodología de investigación que involucró a miembros de la comunidad de Guamal, personas que se autoreconocen como Cumbas y propietarios privados que se encuentran al interior del territorio del Resguardo. El informe final fue adoptado por la Agencia Nacional de Tierras mediante Resolución 4363 del 6 de agosto de 2018. Producto de estas decisiones, en la actualidad la Agencia Nacional de Tierras y las autoridades del Resguardo se encuentran concertando el Plan de Trabajo que por demás, ha sido ampliamente difundido con personas y colectividades que han manifestado un interés en el proceso.</p> <p>Interferencia de funcionarios públicos en el proceso de delimitación y titulación.</p> <p>Durante el proceso de implementación de la sentencia, los riesgos individuales y colectivos se han incrementado, al punto que una de las autoridades del resguardo fue desplazada forzosamente del territorio ante el riesgo extraordinario que corría su vida. Además del incremento de los riesgos que pueden verificarse entre otras fuentes a través de las comunicaciones públicas por redes sociales con contenidos altamente racistas, difamatorios y estigmatizantes en contra de los indígenas de Cañamomo; se ha puesto en evidencia la injerencia indebida de funcionarios públicos en el proceso de delimitación y titulación en curso.</p> <p>El 24 de marzo de 2019 circuló en redes sociales un video grabado el 13 de marzo de la misma anualidad, donde el ex presidente y hoy Senador de la República Álvaro Uribe Vélez solicitó expresamente a la Directora de la Agencia Nacional de Tierras, Myriam Martínez que atiende los reclamos de propietarios que él denomina “chiquitos”, en el municipio de Riosucio, Caldas. La Directora respondió que estará atenta a los casos para recibirlos en su despacho y analizarlos.</p> <p>Más allá de la valoración jurídica de la conducta en la que podría incurrir el Senador Álvaro Uribe Vélez, la escena registrada en el video, remite a la preocupación sobre la vetusta ausencia de imparcialidad en los funcionarios encargados de resolver los conflictos agrarios y que ha constituido uno de los obstáculos históricos en el proceso de defensa de los derechos territoriales impulsados por Cañamomo Lomaprieta.</p>	<p>De las consideraciones precedentes puede concluirse que existe cosa juzgada sobre los pasos que la Agencia Nacional de Tierras debe seguir para atender a los conflictos territoriales y especialmente para garantizar el derecho fundamental al territorio del Resguardo Indígena Cañamomo Lomaprieta; los procedimientos administrativos vigentes, garantizan en todo caso, la concurrencia de terceros con intereses que pretendan hacer valer sus derechos y actualmente ya se adelantan las acciones necesarias para avanzar en la implementación de la sentencia.</p> <p>Consideraciones relativas al Proyecto de Ley.</p> <p>Violación al principio de unidad de materia.</p> <p>El principio de unidad e materia surge de lo establecido conjuntamente en los artículos 158 y 169 de la Constitución política. El primero dispone que <i>“todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella”</i>. Por su parte, el artículo 169, establece que <i>“el título de las leyes deberá corresponder precisamente a su contenido”</i>. Bajo estas consideraciones las disposiciones normativas que contiene un dispositivo legal deben ser acordes entre otros elementos, con lo dispuesto en el título. Bajo este criterio, no es clara la relación entre el “fortalecimiento del Carnaval” de Riosucio y la creación de una Comisión Especial de Riosucio cuyo objeto es sustituir a la Agencia Nacional de Tierras en los procesos de delimitación y titulación en curso.</p> <p>En relación con el alcance del principio de unidad de materia, la Corte Constitucional a través de Sentencia C-262 de 2015 concluyó:</p> <p><i>Sobre el alcance del principio de unidad materia, la jurisprudencia constitucional ha señalado que éste busca racionalizar y tecnificar el proceso legislativo, tanto en el momento de discusión de los proyectos en el Congreso, como respecto del producto final, es decir, de la ley que finalmente llega a ser aprobada. En razón de lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha entendido que la violación de este principio constituye un vicio material, y por tanto, no debe ser alegado dentro del año siguiente a su promulgación, ni tiene carácter subsanable.</i></p> <p>Así las cosas, se advierte que el núcleo temático del proyecto de ley no guarda ninguna relación con las disposiciones relativas a la creación de una Comisión Especial para delimitación y titulación.</p> <p>El proyecto regula asuntos relativos a derechos fundamentales.</p> <p>Una lectura sistemática de la exposición de motivos y el contenido normativo permite establecer que a través de la norma se pretenden resolver controversias relativas al ejercicio de derechos fundamentales como la consulta previa y el derecho fundamental al territorio.</p>

El artículo 151 de la Constitución Política establece que las leyes estatutarias regulan materias relativas a los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección. Tratándose de una norma de esta naturaleza, para su aprobación se requiere la aprobación de la mayoría absoluta de los miembros del Congreso y su proceso de creación y aprobación debe darse en una sola legislatura. Bajo este criterio, la norma debe ser archivada, teniendo en cuenta que el primer debate tuvo lugar en la legislatura precedente.

Derecho fundamental a la consulta de medidas legislativas.

La Consulta Previa es un derecho fundamental que debe garantizarse cuando se pretendan implementar proyectos u obras, adoptar decisiones administrativas, legislativas o cualquier otra medida susceptible de afectar derechos fundamentales del sujeto colectivo. Así lo ha reiterado la corte Constitucional en las sentencias C-891 de 2002, T-382 de 2006, C-030 de 2008, C-175 de 2009 y C-615 de 2009 entre otras.

Por su parte, el Artículo 19 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas establece que, “Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones representativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas y administrativas que los afecten, para obtener su consentimiento libre, previo e informado”.

No cabe duda que el Proyecto de Ley N° 354 de 2019, afecta de manera directa el derecho fundamental al territorio, con el establecimiento de la Comisión Especial que se encargará de impulsar un proceso de delimitación y titulación y además, constituye el desacato a las órdenes de la Corte Constitucional contenidas en la Sentencia T-530 de 2016, donde ya se había determinado una ruta para la garantía de los derechos fundamentales amparados en dicha oportunidad.

Con el proyecto no solo se vulnera el derecho fundamental a la consulta de medidas legislativas, además de esto, se quiebra el equilibrio de poderes, el principio de no regresidad y el principio de cosa juzgada constitucional, al pretender revocar mediante una ley ordinaria una decisión del máximo tribunal constitucional que protege una pluralidad de derechos fundamentales.

Finalmente, el Resguardo Indígena de Origen Colonial Cañamomo Lomapieta solicita el acompañamiento de la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo en el seguimiento al trámite de este proyecto de ley.

Atentamente,

JAVIER DE JESÚS UCHIMA
 Gobernador
 C.C.15.914.040

RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN UNIVERSIDAD NACIONAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 482 DE 2020 CÁMARA.

Bogotá D.C., Abril 08 de 2021

[B.DOG-093-21]

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

Ref: RESPUESTA AL DERECHO DE PETICIÓN CE-HRCA-0093-2021

Respetado Dr. Acosta:

Cordial saludo. 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 280, el subtítulo 4.7: Atención del Parto, comienza las recomendaciones, y en la página 281 dice: “El parto 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-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 ni 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 atención 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 este 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 RIAS materna y perinatal de la Secretaría Distrital de Salud y el acompañamiento técnico en la elaboración de las guías de Práctica Clínica.

Agradezco su atención

Cordialmente,


ALEJANDRO ANTONIO BAUTISTA CHARRY
 Director
 Departamento de Obstetricia y Ginecología
 Facultad de Medicina
 Universidad Nacional de Colombia.

**CARTA DE COMENTARIOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 482 DE 2020 CÁMARA**

<p>Bogotá, 22 de abril de 2021</p> <p>Doctor CARLOS EDUARDO ACOSTALOZANO Representante a la Cámara por Bogotá Ciudad</p> <p>REF: solicitud de concepto proyecto de ley 482 de 2020</p> <p>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.</p> <p>Objeto. Art.1</p> <p>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.</p> <p>Concepto</p> <p>En Colombia se encuentra normatividad sobre la atención del parto en las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 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. <p>Concepto</p> <p>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.</p>	<p>Definición Art.2</p> <p>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>Concepto</p> <p>El perfil propuesto no existe en Colombia, con el ánimo de aclarar la afirmación se exponen las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 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). <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Decisión informada. Art.3</p> <p>"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".</p> <p>Concepto</p> <p>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,</p>
<p>y sobre los riesgos que puedan eventualmente surgir en un procedimiento que, como todos los procedimientos, tienen un nivel bajo o alto de riesgo.</p> <p>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.</p> <p>Vale la pena señalar que en el país si existe una Guía de Práctica clínica del Parto.</p> <p>Partería Tradicional. Art.4</p> <p>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.</p> <p>Concepto</p> <p>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.</p> <p>Fomento al parto en casa. Art.5</p> <p>"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".</p> <p>Concepto</p> <p>La campaña propuesta tiene que tener en cuenta la multiculturalidad, las características geográficas del país y las diferencias sociales de la población.</p> <p>Guía de práctica clínica del parto. Art.6</p> <p>Concepto</p> <p>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 el. 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.</p> <p>Formación de Matronas. Art.7</p>	<p>"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 se 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.</p> <p>Concepto</p> <p>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.</p> <p>Registro Único Nacional de Matronas Autorizadas. Art. 8</p> <p>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>Concepto</p> <p>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.</p> <p>Cobertura del Plan de Beneficios en Salud. Art.9</p> <p>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.</p> <p>Concepto</p> <p>Se desconoce cómo se articula esta propuesta con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y la ruta materno perinatal, para disminuir la morbimortalidad. Además, implicaría sería una revisión y ajuste de la UPC de la atención de la mujer, y quien asumiría este costo.</p> <p>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</p>

diferentes etapas. En Colombia existe talento humano en salud calificado para asumir y liderar este tipo de procesos como lo es 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 ginecología obstetricia 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.

Cordialmente,



ADRIANA MARCELA MONROY GARZON
Directora programa de Especialización en Enfermería Neonatal
Facultad de Enfermería
Universidad el Bosque

RESPUESTAS A CUESTIONARIO UNIVERSIDAD DEL ROSARIO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 482 DE 2020 CÁMARA

RESPUESTAS A CUESTIONARIO: PROYECTO DE LEY PARA PARTO EN CASA

COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES
Abril 10 de 2021

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

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 a 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.

Desconozco en este momento cuantas parteras existen en Colombia y menos aún cuantas por Departamento por las razones previamente expuestas.

*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 Vásquez¹*

¹División de Investigaciones-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Bogotá, Colombia

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

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

En estado 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 se 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).

*Midwifery Education. Trends report. 2019
American College of Nurse-Midwives.
Accreditation Commission for Midwifery Education*

3. ¿Quiénes expiden las certificaciones de nacimiento actualmente?

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.

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

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 construídas y organizadas para dar completo apoyo a este servicio del parto en casa. Sería deseable que existieran equipos multidisciplinarios con protocolos consensuados que refuerzan el compromiso con las elecciones informadas de las pacientes, en el que la paciente sepa a que se está enfrentando cuando decide tener su parto en casa.

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

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:
 - o Oxitocina
 - o Misoprostol
 - o Acido Tranexámico
 - o Metilergonovina
 - o Acetaminofén

<ul style="list-style-type: none"> Insumos tales como: <ul style="list-style-type: none"> 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%. <p>En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo de succión <ul style="list-style-type: none"> Succionador mecánico Pera de caucho Sondas para succión Aspirador Equipo de vía aérea <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> Adrenalina Naloxona Líquidos endovenosos Otros <ul style="list-style-type: none"> Lámpara de calor radiante Estetoscopio Micropore Jeringas y agujas Llave de tres vías Pulso-oxímetro Monitor Sondas de alimentación Catéteres umbilicales 	<p>6. ¿Qué cuidados se deben tener al momento del nacimiento para la protección del bebé y para la protección de la madre?</p> <p>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.</p> <p>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, por 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los cuidados al nacimiento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> <i>American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: https://www.healthychildren.org/</i> <i>Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013. IETS – CINETS – Ministerio de Salud y Protección Social. ISBN: 978-958-8838-29-8</i>
<p>si vemos la situación desde la óptica técnica, actualmente constituye una actividad ilegal y sin control técnico-científico.</p> <p>8. ¿Cuáles son los efectos reales del parto en casa para la madre y el bebé?</p> <p>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.</p> <p>Hay dos situaciones fundamentales para hacer la comparación entre el parto en casa y el parto institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Las mujeres que han estado en atención domiciliar 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: https://www.healthychildren.org/</i> <i>Resolución 3280 del 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.</i> <i>Circular 016 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.</i> <p>9. Sírvase informar ¿Qué riesgos y de qué tipo estarían expuestos tanto la madre como el bebé en el parto?</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afecciones respiratorias Procesos infecciosos Traumas Sangrados Trastornos metabólicos 	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones hematológicas Lesiones neurológicas <p>En el ámbito obstétrico la paciente está expuesta a situaciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia) Desgarros perineales durante el parto Desgarros del cuello uterino Sufrimiento fetal agudo por comprensión 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 intervenir por vía cesárea con urgencia Atonía 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 <ul style="list-style-type: none"> <i>Díaz J, Baeza M, Dalmau Serra J, Díaz Gómez M. Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría; 2014.</i> <i>Stanford Children's Health. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/en/for-health-professionals/</i> <i>Williams Obstetricia. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Edición 25. 2018. ISBN: 978-1-4562-6736-0</i> <p>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</p> <p>En relación con el componente pediátrico de este interrogante, los requisitos necesarios para tener disponibles en la adaptación neonatal al nacimiento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo de succión <ul style="list-style-type: none"> Succionador mecánico Pera de caucho Sondas para succión Aspirador Equipo de vía aérea <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 experiencia 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.

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la OMS. Octubre de 2017
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms>

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

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 un 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.

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

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.

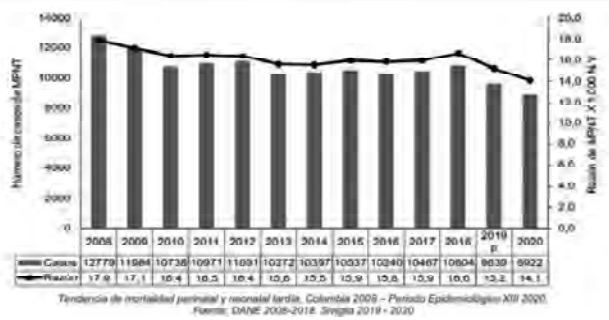
Index Enferm vol.21 no.1-2 Granada ene./jun. 2012
 Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296
 Celmira Laza Vásquez¹
¹División de Investigaciones-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José. Bogotá, Colombia

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

En relación con el componente pediátrico de este interrogante, es necesario tener claridad en estas dos definiciones:

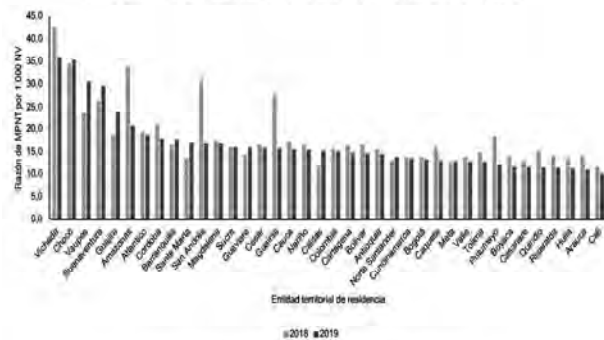
- Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete días después del nacimiento.
- La muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Se dividen en:
 - Muertes neonatales tempranas: son las ocurridas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



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



- American Academy of Pediatrics. HealthyChildren.Org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/>
- Diaz J, Baeza M, Dalmau Serra J, Diaz Gómez M. Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría; 2014.
- Stanford Children's Health. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/en/for-health-professionals>
- Boletín epidemiológico semanal (BES) Semana 9. 23 al 29 de Febrero de 2020. Instituto Nacional de Salud.

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

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.

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
 Director Departamento de Ciencias de la Reproducción
 Universidad del Rosario

JOSÉ MIGUEL SUESCÚN VARGAS
 Jefe Departamento de Pediatría
 Universidad del Rosario

RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN UNIVERSIDAD DEL ROSARIO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 482 DE 2020 CÁMARA.

<p>Chía, abril 16 de 2021</p> <p>Sr. Carlos Eduardo Acosta Lozano carlos.acosta@camara.gov.co</p> <p>Asunto: Respuesta Derecho de petición recibido el 31 de marzo de 2021.</p> <p>Respetado Señor Acosta:</p> <p>Atentamente nos permitimos dar respuesta a su derecho de petición recibido el día treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veintiuno (2021) en la Universidad de La Sabana, a través de correo electrónico, dentro del término legal establecido para ello de la siguiente manera:</p> <p>1. ¿Qué es partería y que categorías existen? Cuantas parteras hay en Colombia y si puede indicar número por departamento.</p> <p>RESPUESTA:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Una definición de matrona o partera está contenida dentro de la Guía para atención de parto en casa española:</p> <p>“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.”</p> <p>Cuantas parteras hay en Colombia y si puede indicar número por departamento.</p> <p>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.</p> <p>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.)</p> <p>2. ¿Qué formación profesional o técnica deberían tener las parteras? ¿Las parteras pueden aplicar medicamentos? En caso afirmativo sírvase indicar cuales</p> <p>RESPUESTA:</p> <p>La formación académica depende de cada país; expondremos a continuación la formación académica para matronas en España:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	--

<p>Referencia: Guía de asistencia del parto en casa. ALPAC (Asociación de llevadores de parto a casa de Catalunya).</p> <p>3. ¿Quiénes expiden las certificaciones de nacimiento actualmente? RESPUESTA: 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</p> <p>4. ¿Existe alguna guía sobre parto en casa? Si es así ¿cuál es su opinión técnica al respecto? RESPUESTA: No tenemos conocimiento de guías de atención de parto en casa para Colombia</p> <p>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 centro sanitarios en caso de necesidad, esto es uno de los aspecto 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.</p> <p>5. ¿Qué requisitos se debe cumplir para la atención de un parto y salvaguarda de los pacientes madre e hijo? RESPUESTA:</p> <p>Revisando las condiciones y características principales de la atención domiciliaria de un nacimiento, el sistema holandés, quizás uno de los que más tiene implementado y avanzada esta opción hace énfasis en lo siguiente:</p> <p>1. Es necesario contar con un sistema altamente organizado de atención de las parteras. Las parteras holandesas están capacitadas en un programa de cuatro años que las prepara para practicar en el hospital o en el hogar y para reconocer y manejar algunas complicaciones del embarazo. Si ocurren complicaciones, la</p>	<p>partera deriva a la mujer a un obstetra en el nivel de atención secundaria o terciaria. En ese momento, la mujer ya no es elegible para el parto en casa.</p> <p>2. Acuerdos formales de colaboración entre grupos profesionales (parteras domiciliarias, obstetras, pediatras, unidades hospitalarias de parto) potencialmente involucrados en partos domiciliarios. Estos acuerdos se describen claramente en los protocolos de atención obstétrica.</p> <p>3. Estratificación del riesgo obstétrico. El protocolo de atención proporciona una clara distinción entre mujeres con bajo riesgo y aquellas con alto riesgo de problemas durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto. También incluye una lista de indicaciones obstétricas para la derivación de la atención primaria a la secundaria, basada en la mejor evidencia o consenso.</p> <p>4. Protocolos formales para la transferencia del hogar al hospital y un sistema de transferencia oportuno donde la distancia promedio al hospital es relativamente corta.</p> <p>Otro punto para considerar es la necesidad de trasladar al hospital a una paciente que presentó el parto en casa. Al respecto, diferentes estudios mencionan que aproximadamente el 11 por ciento de las pacientes fueron trasladadas a un hospital durante el parto y un 1,5 por ciento adicional fue trasladado después del parto. Las madres primíparas tenían más probabilidades que las multiparas de experimentar una transferencia intraparto (23 frente al 8 por ciento).</p> <p>Referencias: 1. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. CMAJ 2016; 188:E80. 2. Gyte G, Dodwell M, Newburn M, et al. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. BJOG 2009; 116:933. 3. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. Lancet 2019; 14:59. 4. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery 2018; 62:240. 5. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:243.e1. 6. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med 2015; 373:2642.</p> <p>6. ¿Qué cuidados se deben tener al momento del nacimiento para la protección del bebé y para la protección de la madre? RESPUESTA:</p>
<p>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 cardiaca (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.</p> <p>(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf)</p> <p>Cuidados del Recién Nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar y promover el vínculo madre-hijo. 2. Contacto piel a piel. 3. Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna. 4. Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma. 5. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN. 6. Profilaxis oftálmica neonatal. 7. Realizar tamizaje neonatal. <p>7. ¿Existen casos de muertes por mala praxis en partos caseros? Sírvase remitir las cifras o reportes RESPUESTA:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>Referencia: Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Rev. salud pública. 3 (2): 154 -170, 2001</p> <p>8. ¿Cuáles son los efectos reales del parto en casa para la madre y el bebé? RESPUESTA:</p> <p>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.</p> <p>Referencia: Planned Home Birth ACOG boletín 2017 number 697April.</p> <p>9. Sírvase informar ¿Qué riesgos y de qué tipo estarían expuestos tanto la madre como el bebé en el parto? RESPUESTA:</p> <p>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).</p> <p>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.</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Referencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. CMAJ 2016; 188:E80. Gyte G, Dodwell M, Newburn M, et al. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. BJOG 2009; 116:933. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. Lancet 2019; 14:59. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery 2018; 62:240. 	<ol style="list-style-type: none"> Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:243.e1. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med 2015; 373:2642. <p>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</p> <p>RESPUESTA:</p> <p>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.</p> <p>ACOG (Asociación Americana de Ginecólogos Obstetras)</p> <p>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 2018. 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 morbimortalidad 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.</p>
<p>Referencia: Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. Anales de Pediatría, 2020; 93 (4):266.e1-266.e2.</p> <p>11. ¿Qué requisitos debe tener el personal que atiende un parto?</p> <p>RESPUESTA: 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 regir a través de las Universidades cual sería el contenido para culminar este proceso de formación como parteras profesionales.</p> <p>12. ¿Qué estudios académicos se han llevado a cabo en el país en relación con el parto en casa?</p> <p>RESPUESTA: 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</p> <p>13. ¿Existe alguna relación en la disminución de la mortalidad de madres como de bebés por la atención del parto en centros de salud?</p> <p>RESPUESTA: 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 multiparas 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</p>	<p>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.</p> <p>Referencia: Anales de Pediatría Volumen 93, Issue 4, octubre 2020</p> <p>14. ¿Cuál es el protocolo y requisitos de ingreso de la información y datos de la madre y el bebé en historia clínica en el proceso gestacional y parto?</p> <p>RESPUESTA:</p> <p>Lo referido en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. Resolución 3280 de 2018.</p> <p>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.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>MARÍA BELÉN TOVAR AÑEZ Directora de Postgrados Facultad de Medicina</p>  <p>MARCOS FIDEL CASTILLO ZAMORA Coordinador Especialización en Ginecología y Obstetricia</p>

C O N T E N I D O

Gaceta número 774 - Lunes, 12 de julio de 2021

CÁMARA DE REPRESENTANTES

CARTAS DE COMENTARIOS

	Págs.
Carta de Comentarios Cotelco al Proyecto de ley número 489 de 2020 Cámara, 212 de 2019 Senado, por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal, se establece el trabajo a tiempo parcial para jóvenes y adultos mayores y se dictan otras disposiciones.....	1
Carta de Comentarios Acopi al Proyecto de ley número 489 de 2020 Cámara, 219 de 2019 Senado, por medio de la cual se reduce la jornada ordinaria de trabajo, se reglamenta el trabajo a tiempo parcial y se dictan otras disposiciones.....	3
Carta de Comentarios Resguardo Indígena Cañamomo-Lomapieta al Proyecto de ley número 492 de 2020 Cámara, por medio de la cual se busca reconocer, conservar y salvaguardar el patrimonio cultural material e inmaterial del municipio de Riosucio (Caldas), por parte de la Nación y el Congreso de la República, de tal forma que se faculta al Gobierno Nacional y su institucionalidad para que concurren al municipio de Riosucio (Caldas) y protejan, conserven y promuevan el desarrollo cultural, social y económico del municipio.....	4
Respuesta derecho de petición Universidad Nacional al Proyecto de ley número 482 de 2020 Cámara.....	5
Carta de Comentarios Universidad El Bosque al Proyecto de ley número 482 de 2020 Cámara.....	6
Respuesta a cuestionario Universidad del Rosario al Proyecto de ley número 482 de 2020 Cámara.....	7
Respuesta derecho de petición Universidad del Rosario al Proyecto de ley número 482 de 2020 Cámara.....	10