



ANALES DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C. PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO II N°. 3118 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO MARZO 03 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO No. 108 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE CUIDADO A LA MUJER GESTANTE DURANTE LA EXPERIENCIA DEL PARTO DESDE EL ENFOQUE DEL PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURAL, EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2077
PROYECTO DE ACUERDO No. 109 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE DICTAN LINEAMIENTOS Y SE ORDENA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL CREAR UN PLAN DE PROTECCIÓN Y EJECUTAR ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (ESCENNA) ASOCIADA AL TURISMO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	2139

PROYECTO DE ACUERDO No. 108 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE CUIDADO A LA MUJER GESTANTE DURANTE LA EXPERIENCIA DEL PARTO DESDE EL ENFOQUE DEL PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURAL, EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

Hablar de Parto Humanizado en Colombia es abrir un sin número de opiniones que dibujan un escenario desconocido y muy lejano de la realidad de su concepción, ya que el Parto Humanizado no es una moda, un lujo o norma que busca recargar el quehacer profesional. El Parto Humanizado está en función de reconocer el liderazgo de la mujer desde el inicio de la concepción, uniendo esfuerzos desde lo interdisciplinar, con el fin último de garantizar la apropiación de sus derechos humanos fundamentales y la experiencia positiva de su gestación.

Lo anterior implica resignificar lo humano, donde la madre revalúa su autoestima, el padre transforma la visión de la mujer y de sí mismo, la familia se autoafirma en la expresión de amor y la sociedad se fortalece en sus raíces. Dar a luz plenamente es posible fortaleciendo en la mujer la seguridad,

preparándose para un nacimiento en pareja, haciendo uso de terapias alternativas en el manejo del dolor y los estados adrenérgicos emocionales propios del proceso de parto, propiciando un ambiente cálido, familiar, con luz tenue, sin ruidos molestos y en libertad de movimientos.

Es fundamental la adopción de una estrategia que brinde estabilidad y progresos verificables en la ciudad de Bogotá, que haga parte de los desarrollos en las instituciones de la red hospitalaria en función de darle trascendencia al enfoque del Parto Humanizado, donde abarque elementos socio-culturales e institucionales, lo que armoniza integralmente la ciencia médica con la interculturalidad de grupos o poblaciones étnicas, es decir, establecer una convergencia entre el conocimiento y la práctica milenaria, para hacer de ello la eficacia de reducir los impactos dolorosos y así estimular el estado emocional y sensitivo al momento del parto. Bogotá es un epicentro de costumbres y saberes empíricos provenientes de diversas regiones del país que pueden fortalecer el saber y la práctica del enfoque aquí propuesto, como apuesta dignificante en clave de garantizar derechos y el cuidado de la mujer gestante.

Un elemento que destacar, en el éxito en la implementación de la estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto, es el respaldo político representado por la adopción de esta herramienta como política de salud pública tanto desde la Secretaría de Salud del Distrito como de las gerencias de las clínicas y subredes hospitalarias. La experiencia que han tenido otros países a lo largo de estos años de implementación de estrategias de salud materno perinatal, demostró que dada la complejidad que reviste la adopción de estas, no es viable su consolidación en las prácticas institucionales si sólo es impulsado por un grupo de voluntades individuales¹. Aún más, el proceso de transformación del paradigma de atención requiere acompañamiento y monitoreo desde un órgano de control político para facilitar su consolidación.

El compromiso político se expresa, entre otras medidas, a través de impulsar el marco normativo que respalda la adopción de la estrategia de cuidado a la gestante en las diferentes localidades del Distrito, por ejemplo, mediante la adhesión a las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva, o la promoción de Proyectos de Acuerdo que fortalezcan la iniciativa. Es de anotar que existen distintos tipos de factores que pueden operar como facilitadores u obstaculizadores del cambio: el grado de conocimiento, las habilidades o competencias, el convencimiento y alineamiento con la iniciativa, la posibilidad de implementar el modelo, la percepción de los costos y beneficios, la motivación, la disponibilidad de recursos, la influencia social, y los sentimientos y emociones.

En este sentido, es de anotar que, una de las barreras que pueden aparecer en este contexto es que el proceso de parto natural eutócico² ha tenido una disminución notable en los últimos años, según estudio del Atlas de Variaciones Geográficas en Salud de Colombia 2015, las cesáreas en nuestro país excedieron el porcentaje de partos por cesárea previsto por la OMS, pues “los profesionales de

¹ Guía MSCF, argentina, 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4841/file/Guia%20MSCF.pdf>

² El término *eutócico* se utiliza para determinar el nacimiento vaginal normal sin complicaciones que se en algunos casos se pueden derivar del período expulsivo.

la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%³ y Colombia sobrepasa este número con una cifra del 61,10% de los partos en un año⁴.

Para el caso de Bogotá según cifras del DANE:

“Respecto al tipo de parto, se observa que la proporción de cesáreas en el distrito ha aumentado un 18,4 % entre 2008 y 2018. El año con la mayor proporción de cesáreas realizadas fue 2016. Los partos espontáneos muestran una tendencia descendente hasta el año 2016 y un incremento posterior hasta 2018, que coincide con la disminución de la proporción de cesáreas en estos mismos años. El parto instrumentado se realiza cada vez menos, evidenciando una disminución del 39 % entre 2008 y 2018. En promedio, en el periodo 2008 – 2019, el 99,8 % de los partos se han atendido en una institución de salud, siendo muy pocos los casos en que el lugar del parto es domicilio u otro lugar, incluso localidades netamente rurales como Sumapaz, registra en la mayoría de los años el 100 % de nacimientos en institución de salud”⁵.

Lo anterior nos indica que, el parto natural disminuye en la ciudad de Bogotá ante el aumento del parto por cesárea, asunto que ha de ser objeto de seguimiento y valoración para determinar si las causas del aumento de la tasa de parto por cesárea tienen relación exclusiva con situaciones de morbilidad materna que pueda llevar a sospechar de un estado fetal no tranquilizador, o si se relacionan con las alteraciones prevenibles de la dinámica del trabajo de parto. Dicha situación puede clarificarse al facilitar el empoderamiento de las mujeres gestantes y el uso de prácticas de maternidad basadas en la evidencia propios del enfoque de Parto Humanizado.

Reducir los elementos del proceso natural del parto, quizás por ausencia de impulsar sus buenas prácticas, ha de constituir una preocupación del Sistema de Salud, países desarrollados, por ejemplo, como el Japón, ante el aumento en la tasa de parto por cesárea, han movido al Gobierno “a través de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) y la Oficina de Centros Médicos Internacionales en Japón (IMCJ), ha intentado mejorar la calidad de la atención en los centros de maternidad japoneses reduciendo las tasas de cesáreas, así como implementar la práctica de humanización del parto, no solo en el lugar de nacimiento de Japón, sino en otros países”⁶.

El Proyecto de Acuerdo, se aborda desde una mirada dignificante de la mujer gestante y sus derechos humanos, que gozan de convencionalidad universal, asunto que en el mundo práctico ha de pasar por la sensibilidad humana frente al manejo del dolor, las emociones, la salud mental y la valoración de la madre como protagonista de la vida en todas las etapas del parto, a ello obedece adoptar la estrategia del Parto Humanizado porque es el medio que los expertos han enfatizado para brindarle a la mujer una manera de parir en condiciones dignas. “El parto se considera uno de los eventos más

³ Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, referencia OMS: WHO/RHR/15.02. Abril de 2015.

⁴ Parir dignamente, pesquisa Javeriana, recuperado de: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/parir-dignamente/>

⁵ SALUDDATA, Observatorio de salud de Bogotá, 2020. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/osb_ofertasrv-partos/

⁶ Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W. *et al.* Facilitadores y barreras en la humanización de la práctica del parto en Japón. *BMC Pregnancy Childbirth* 10, 25 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-25>

importantes en la vida de una mujer y, a su vez, puede afectar el resto de su vida, tanto física como emocionalmente”⁷.

La existencia humana, debe entenderse a la luz del principio de la dignidad humana, reconocido por el Constituyente Primario en el artículo 1 de nuestra Constitución Política de 1991, fundante del Estado Social de Derecho, lo cual implica para el caso del parto, en palabras de la Corte Constitucional “tanto el respeto por la no violencia física y moral, como el derecho al máximo trato razonable y la mínima disminución posible del cuerpo y del espíritu (...) El dolor o cualquier otro malestar que le impida al individuo desplegar todas las facultades de que ha sido dotado para desarrollarse normalmente en sociedad, aunque no traigan necesariamente su muerte, no solamente amenazan, sino que rompen efectivamente la garantía constitucional señalada (dignidad humana), en tanto que hacen indigna su existencia”⁸.

Visto desde la perspectiva de lo humano, es menester reafirmar que la mujer durante el proceso del parto, ha de tener garantizado el más alto nivel de cuidado basado en el buen trato, comprensión y calidad de las intervenciones, asunto que se halla en pleno acogimiento de los postulados de dignidad humana comprendida en “ el derecho que tenemos todos los seres humanos a ser valorados como sujetos individuales y sociales, con nuestras características particulares, por el simple hecho de ser personas. La dignidad supone, además, **el derecho a ser nosotros mismos y a sentirnos realizados**, lo que se manifiesta en la posibilidad de elegir una profesión, expresar nuestras ideas y respetar a los demás.”⁹. Humanizar el nacimiento comprende, considerar los valores, creencias y sentimientos de las mujeres y respetar su dignidad y autonomía durante el proceso del parto.

1. OBJETIVO DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo, tiene como objetivo establecer **los lineamientos de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural**, en la red pública de salud de Bogotá D. C.

2. ANTECEDENTES.

PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
Proyecto de Acuerdo 292 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: José David Castellanos Orjuela y Luz Marina Gordillo Salinas (Coordinadora). Archivado

⁷ Jordan B, Davis-Floyd R: Nacimiento en cuatro culturas: una investigación intercultural del parto en Yucatán, Holanda, Suecia y Estados Unidos. 1993, Prospect Heights, Ill .: Waveland Press, 235-4ed, 235P. xxi, 4

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T - 860 del 28 de octubre de 1999

⁹ UNHCR ACNUR, Derechos humanos: artículo 1, igualdad, libertad y dignidad

Proyecto de Acuerdo 434 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: Cesar Alfonso García Vargas y Edward Aníbal Arias Rubio (Coordinador). Archivado
Proyecto de Acuerdo 577 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: N/A Archivado
Proyecto de Acuerdo 037 de 2020: “Por medio del cual se establecen, medidas de prevención y atención a la maternidad y paternidad temprana, el embarazo infantil y el embarazo subsiguiente para fortalecer el proyecto de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”	Autor: H.C. Yefer Yesid Vega Bobadilla. Ponentes: Luis Carlos Leal Angarita y Ana Teresa Bernal Montañez (Coordinadora). Archivado.
Proyecto de Acuerdo 226 de 2020: “Por medio del cual se promueve el acompañamiento y una ruta integral de atención para la mujer gestante y lactante fortaleciendo el parto digno, tranquilo y saludable y se dictan otras disposiciones”	Autores: H.C. Sara Jimena Castellanos Rodríguez, German Augusto García Maya, Luz Marina Gordillo Salinas, Armando Gutiérrez González, Álvaro Acevedo Leguizamón, Samir José Abisambra Vesga. Ponentes: Emel Rojas Castillo, Oscar Jaime Ramírez Vahos (Coordinador). Remitido a la respectiva comisión.
Proyecto de Acuerdo 049 de 2021, “Por medio del cual se busca institucionalizar la práctica del parto humanizado en el sistema de salud del distrito y se dictan otras disposiciones”.	Autores: H.C. Gloria Elsy Díaz y Nelson Cubides. Ponentes: H.C. Julián Espinosa Ortiz. Está con una ponencia positiva, pendiente de la otra y de fecha para primer debate en Comisión.

3. SUSTENTO JURIDICO DE LA INCIATIVA

3.1. DERECHO INTERNACIONAL – CONVENCIONALIDAD

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (1948)

Artículo 25.

(...)

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (1979).

Parte III

Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

DECLARACIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (1993).

Artículo 3.

La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran:

- a) El derecho a la vida 6/;
- b) El derecho a la igualdad 7/;
- c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona 8/;
- d) El derecho a igual protección ante la ley 7/;
- e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación 7/;
- f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar 9/;
- g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables 10/;
- h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes 11/.

CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (1969)

Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Artículo 17. Protección a la Familia.

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.

3.2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991

ARTÍCULO 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana.

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

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

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

ARTÍCULO 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables.

(...)

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

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

ARTÍCULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

ARTÍCULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

(...)

ARTÍCULO 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.

Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

(...)

ARTÍCULO 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.

3.3. LEYES Y DECRETOS DE COLOMBIA

LEY 100 DE 1993.

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

ARTÍCULO. 166.-Atención materno infantil. El plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

(...)

LEY 1098 DE 2006

“Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”

ARTÍCULO 46. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

(...)

3. Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

LEY 1257 DE 2008

“Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penal, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”.

ARTÍCULO 6o. PRINCIPIOS. La interpretación y aplicación de esta ley se hará de conformidad con los siguientes principios:

1. **Igualdad real y efectiva.** Corresponde al Estado diseñar, implementar y evaluar políticas públicas para lograr el acceso de las mujeres a los servicios y el cumplimiento real de sus derechos.
2. **Derechos humanos.** Los derechos de las mujeres son Derechos Humanos.
3. **Principio de Corresponsabilidad.** La sociedad y la familia son responsables de respetar los derechos de las mujeres y de contribuir a la eliminación de la violencia contra ellas. El Estado es responsable de prevenir, investigar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres.
4. **Integralidad.** La atención a las mujeres víctimas de violencia comprenderá información, prevención, orientación, protección, sanción, reparación y estabilización.
5. **Autonomía.** El Estado reconoce y protege la independencia de las mujeres para tomar sus propias decisiones sin interferencias indebidas.
6. **Coordinación.** Todas las entidades que tengan dentro de sus funciones la atención a las mujeres víctimas de violencia deberán ejercer acciones coordinadas y articuladas con el fin de brindarles una atención integral.
7. **No Discriminación.** Todas las mujeres con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas tales como edad, etnia, orientación sexual, procedencia rural o urbana, religión entre otras, tendrán garantizados los derechos establecidos en esta ley a través de una previsión de estándares mínimos en todo el territorio nacional.

8. **Atención Diferenciada.** El Estado garantizará la atención a las necesidades y circunstancias específicas de colectivos de mujeres especialmente vulnerables o en riesgo, de tal manera que se asegure su acceso efectivo a los derechos consagrados en la presente ley.

Artículo 7°. Derechos de las Mujeres. Además de otros derechos reconocidos en la ley o en tratados y convenios internacionales debidamente ratificados, las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal.

LEY 1751 DE 2015

“Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

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

ARTÍCULO 11. SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

4. JUSTIFICACIÓN, CONTEXTO Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE ESTA INICIATIVA

4.1. JUSTIFICACION

No es inédita la idea que, desde el origen de la humanidad, la mujer ha prefigurado la continuidad de la especie humana y en torno a ella se han venido tejiendo los nichos de parto, escenarios primitivos que, junto a sus actores han sido testigos del milagro de la vida. En la actualidad dichos escenarios se han transformado en lugares ajenos y distantes que cada vez más separan a la mujer del ideario natural del parto.

Para una comprensión y profundización del tema, es necesario hacer un recorrido a través del tiempo en lo que respecta a la manera en que la humanidad ha nacido y como esos escenarios se han permeado por la tecnología y el saber disciplinar, lo cual ha generado grandes cambios en el proceso natural del parto que, así como ha obtenido resultados satisfactorios y salvado vidas, también han excedido con sus intervenciones.

4.1.1. Antropología del nacimiento humano.

Desde el origen de la humanidad las mujeres han dispuesto de los recursos físicos y humanos disponibles para parir, si retomamos algunos elementos de la antropología del nacimiento humano podemos evidenciar que las mujeres siempre han buscado acompañamiento en el momento del parto, lo cual se ha convertido en una prioridad para nuestra especie. Esta necesidad es fundamentada en tres situaciones puntuales:

1. *La ayuda en el momento del nacimiento.* La mujer que está en proceso de parto no puede atender su expulsivo por cuenta propia ya que la posición que eligiera para parir limitaba el abordaje del periné para recibir a su hijo, mucho más cuando la posición que primaba en esa época era la posición erguida o en vertical. Este hecho suscitaba en ella la necesidad de buscar un acompañante con el cual se sentía cómoda, en paz y en confianza.
2. *La inmadurez del neonato.* Los recién nacidos de la especie humana, a diferencia de otros mamíferos, son neurológicamente inmaduros y requieren de asistencia inmediata, asistencia que no podría darle la mujer por el proceso de recuperación y alumbramiento que es seguido a la eyección fetal.
3. *Las emociones.* El momento del parto suscita en la mujer una serie de emociones y sensaciones que, como especie humana, son satisfechas únicamente por el acompañamiento de una persona de su confianza, de la cual pueda recibir el soporte emocional, el apoyo físico y espiritual que requiere en el momento de parir.

En aquel momento de la historia de la humanidad era del común la vivencia de los partos en casa, donde se reconocía a la mujer como ser único e indispensable para traer una vida al mundo, donde la Partera, las amigas y familia no median esfuerzos en satisfacer todas las necesidades fisiológicas, espirituales y emocionales de la mujer, donde se vivía en realidad un evento histórico que marcaba la vida de cada familia. Este escenario de nacimientos en casa, acompañados y respetados han sido el preámbulo de la figura de la Partera¹⁰, matrona o comadrona y Doula¹¹ que a hoy aún se mantiene.

¹⁰ Una partera, matrona o comadrona es la persona que asiste a las madres durante el embarazo, parto y el posparto y que inicialmente adquieren sus habilidades y destrezas en la atención del parto desde sus propios partos, los de su familia o a través del aprendizaje de otras parteras.

¹¹ Una Doula es una asistente, capacitada para asistir a las mujeres embarazadas en el momento del parto, la cual brinda soporte emocional, espiritual y físico a fin de que las mujeres antes, durante y después del parto disfruten de su experiencia de parir.

4.1.2. Modelo tecnocrático del parto.

El surgimiento de la revolución industrial y con ella toda la tecnología que ha influido de manera categórica en la vida humana, ha generado en la sociedad desde esa época la necesidad de controlar todos los fenómenos naturales y humanos a través de la tecnología. A partir del siglo XVIII, con el advenimiento de la era industrial, en las sociedades occidentales, se afecta el modo tradicional de atención del parto llegando a configurar en la actualidad, en la mayoría de estos países, como un modelo hospitalizado y centrado en la tecnología¹².

En este sentido, los escenarios de nacimiento humano se fueron desdibujando con la migración que sufrió el parto. Ya no se veían los acostumbrados partos en casa, que se caracterizaban por el acompañamiento y asistencia individualizada y permanente, la comodidad y libertad, ahora se ha migrado a un escenario desconocido y frío donde la mujer es una más de las tantas desconocidas que requieren de la asistencia del equipo interdisciplinario. El modelo tecnocrático del parto jerarquiza la separación entre mente y cuerpo y piensa al cuerpo como una máquina, esta “máquina corporal” es investigada científicamente dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad¹³.

Como resultado de ello, emerge la figura de la “*paciente*” gestante concebida como “*enferma*” y que requiere de los profesionales que se encuentran en las clínicas y hospitales para que “*sanen su enfermedad*”. Por esta razón se aísla de su entorno y se hospitaliza, toma una posición de decúbito supino (acostada boca arriba) para que el equipo interdisciplinario este cómodo durante las intervenciones que debe realizar, no se le permite comer y tampoco ver a su familia hasta que se “*sane de su enfermedad*”, es decir hasta que nazca su hijo.

Este modelo de atención del parto es el que vivimos en la actualidad, somos testigos de escenarios en los que la mujer gestante recibe una serie de intervenciones que únicamente buscan su bienestar, pero que, en algunas ocasiones desdibujan la naturaleza humana que acompaña el proceso de gestación, desconociéndola como ser holístico biopsicosocial. Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo.¹⁴ Dicha situación amerita un abordaje que armonice todas sus necesidades humanas, culturales y sociales.

¹² Magnone Alemán, Natalia, Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad [Internet]. 2013; 5 (12): 79-92. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273229906007>

¹⁴ Díaz Leticia et al, *Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy*, Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, facultad de enfermería, Universidad de La Sabana disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>

4.1.3. Estrategias para resignificar el nacimiento humano¹⁵

A pesar de que el modelo anteriormente descrito venía profundizando cada vez más en la realidad del sistema de salud y esto unido a diferentes situaciones que descontextualizan el Parto Humanizado, ha generado una profunda inconformidad por parte de las mujeres gestantes y sus familias que buscan constantemente un cambio real y significativo de los escenarios de nacimiento humano y un mejor cuidado durante la atención del proceso de parto.

Como respuesta a esta necesidad sentida y humana emerge la declaración de fortaleza Brazil, que pretende apropiarse del uso de la tecnología en el nacimiento y minimizar las intervenciones del equipo interdisciplinario para que sean efectivamente usadas únicamente en los momentos en que se tenga un riesgo de alteración del bienestar de la diada simbiótica materno fetal.

En 1975, Galba Araujo, profesora de obstetricia en el Hospital Universitario de Fortaleza, inició un proyecto pionero de atención a la maternidad al establecer una serie de sesiones de capacitación para parteras Indígenas y vincular los servicios de maternidad terciaria con los servicios de maternidad primaria en la comunidad. Debido a que este proyecto innovador estaba ganando reconocimiento internacional, la OMS eligió Fortaleza para su conferencia internacional de 1985 sobre tecnología apropiada para el parto, con recomendaciones finales que han influido en la política de atención de la maternidad tanto en países desarrollados como en desarrollo desde entonces¹⁶.

Dicha estrategia consiguió reunir en consenso a matronas, obstetras, médicos, enfermeros, antropólogos, neonatólogos, psicólogos y demás profesionales de la salud con el fin de generar una estrategia que permitiera apropiarse del uso de la tecnología y limitar las intervenciones innecesarias en el nacimiento humano. Esta iniciativa, pionera en el tema, ha generado a nivel mundial un sin número de estrategias que pretenden humanizar la atención del parto y continuar con la ardua labor de minimizar las intervenciones medicalizadas durante el nacimiento humano.

Muestra de ello es, la iniciativa internacional para el nacimiento que en 2018 fue diseñada por la OMS en unión con la FIGO la cual pretende, desde todo punto de vista, garantizar la atención segura de la mujer, el bebé y la familia como una unidad de cuidado. Los *12 Pasos para una Atención de Maternidad Segura y Respetuosa* de la madre, bebé y familia comprenden:

Paso 1: Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información para elección y privacidad.

Paso 2: Respetar el derecho de cada mujer para acceder y recibir cuidado no discriminatorio que sea gratis.

¹⁵ Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación. *Primer congreso internacional de partería y XIII encuentro de parteras y parteras del departamento del Chocó*. Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/index.php?id=10929&L=2>

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. *Tecnología apropiada para el parto*. Lancet. 1985; 2: 436-7. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)76250-4/fulltext#back-bib1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)76250-4/fulltext#back-bib1)

Paso 3: Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad **MadreBebé-Familia** de manera rutinaria, integrando un enfoque de práctica y filosofía de la partería que puede ser practicado por todos los profesionales de la maternidad en todos los entornos y en los niveles de prestación de atención.

Paso 4: Reconocer el derecho de la madre a un apoyo continuo durante el trabajo de parto y nacimiento, informarle de sus beneficios y asegurar que ella reciba apoyo de los proveedores y compañeros de su elección.

Paso 5: Ofrecer comodidad libre de fármacos y medidas de alivio del dolor durante el parto como primeras opciones seguras.

Paso 6: Proporcionar prácticas basadas en evidencias beneficiosas para la unidad Madre-Hijo-Familia a lo largo de todo el periodo de maternidad.

Paso 7: Evitar procedimientos potencialmente dañinos y prácticas que no tienen suficientes pruebas de un beneficio que compensen el riesgo de rutina y de uso frecuente en el embarazo normal, trabajo de parto, nacimiento, postparto y período neonatal.

Paso 8: Implementar medidas que mejoren el bienestar y prevengan enfermedades en la unidad MadreBebé-Familia.

Paso 9: Proporcionar tratamiento obstétrico, neonatal y de emergencia apropiado cuando sea necesario, asegurándose que su personal esté entrenado en reconocer las posibles complicaciones.

Paso 10: Implementar una política de apoyo de recursos humanos para reclutamiento y retención de personal, y asegurar que su personal esté seguro, sea respetado y le permita proporcionar un cuidado con buena calidad, colaboración y atención personalizada a mujeres y recién nacidos en un ambiente de trabajo positivo.

Paso 11: Proporcionar una atención colaborativa continua con todos los proveedores relevantes de salud, instituciones y organizaciones con los planes establecidos y comunicación logística, consulta y referencia entre todos los niveles de atención.

Paso 12: Lograr los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigable para el bebé (2018) protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en instalaciones de prestación de servicios de maternidad¹⁷

Estas iniciativas se han venido presentando en el mundo con el propósito de darle un nuevo significado al nacimiento humano como lo indica Michel Odent en su libro *el bebé es un mamífero*, tratar de comprender que el parto es un proceso involuntario que pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro nos lleva a rechazar esta idea preconcebida según la cual la mujer

¹⁷ OMS-FIGO, Iniciativa internacional para el nacimiento, 2018. Disponible en: <https://icichildbirth.org>

puede aprender a dar a luz. No se puede ayudar a un proceso involuntario; sólo se puede procurar no perturbarlo demasiado.¹⁸

Es de anotar que, en el mundo, a nivel político se ha venido trabajando diferentes iniciativas que desde los entes gubernamentales pretenden legitimar el Parto Humanizado en el cuidado de la mujer gestante en los escenarios intramurales. Muestra de ello es un sin número de leyes, decretos y acuerdos que se han podido rastrear a nivel mundial y que, dan fundamento a la necesidad de establecer el presente Proyecto de Acuerdo como respuesta a la realidad que también es vivida en las salas de parto del Distrito Capital. A continuación, se relaciona la normativa legal vigente que a nivel mundial se ha establecido para propender por el Parto Humanizado.

Tabla N°1: **Normativa Legal Vigente en el Mundo en relación con Parto Humanizado**

País	Nombre de Ley	Descripción	Fuente
Argentina	Ley N° 25.929 Parto Humanizado	La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.	https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
Nicaragua	Normativa 042 del 2010: Norma de humanización del parto institucional	Atención del parto en la posición que la mujer solicita, en especial cuando es vertical. Permitir el acompañamiento respeto por las costumbres y tradiciones durante el parto	https://data.miraquetemiرو.og/sites/default/files/documentos/N-042_Norma_Humanizacion_del_parto_Institucional-13-10-10.6017%20(1).pdf
Perú	Resolución Ministerial 668-2004: Norma técnica de adecuación del parto vertical con adecuación intercultural	Su finalidad es mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica, a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con Adecuación intercultural	http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf
México	Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona RN	Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes.	https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20Reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf

¹⁸ Odent. El bebé es un Mamífero. Disponible en: <https://imagsesl.casadellibro.com/capitulos/9788493623784.pdf>

Uruguay	Ley N° 18.426 de 2008 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva	El estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos	http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf
Uruguay	Ley 17.565 del año 2002 Establecimientos donde se asistan partos. Dispónese que deben contar con partera interna de guardia	Todo establecimiento o institución donde se asistan partos debe contar con partera interna de guardia, ya sean estos establecimientos o instituciones de carácter estatal, paraestatal o privados.	https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5402923.htm
Uruguay	Ley: 17.386 del año 2001 de acompañamiento durante el parto	Establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o a su elección personal con el criterio que le brinde apoyo emocional.	http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-17.386-acompañamiento-parto.pdf
Venezuela	Ley N 6.3.23: Decreto constituyente para la promoción y protección del parto y del nacimiento humanizado.	El presente Decreto Constituyente tiene por objeto promover, proteger y garantizar el derecho humano de quienes integran las familias, a proteger y garantizar el derecho humano de quienes integran las familias, a una gestación, parto y nacimiento humanizado, a los fines de generar las una gestación, parto y nacimiento humanizado	https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/VEN/INT_CRPD_ARL_VEN_40833_S.pdf
Chile	Ley 20.584: Derechos a una atención en salud para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, parto y posparto.	Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, contiene tres órdenes de regulación de interés para la presente investigación.	https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=63744
Brasil	Ley ORDENANZA N°. 569, de 1 de junio de 2000 análisis	Considerando que el acceso de las mujeres embarazadas y recién nacidos a una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto, el puerperio y el período neonatal son derechos inalienables de ciudadanía;	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

	de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto.		
Cuba	LEY 1263/74 La maternidad de la trabajadora	La presente Ley comprende a la mujer trabajadora y protege su maternidad, asegurando y facilitando, de manera espacial, su atención médica durante el embarazo, el descanso anterior y posterior al parto, la lactancia y cuidado de los hijos; y reconoce una prestación económica para aquellas que reúnan los requisitos que se establecen en sus disposiciones.	https://oig.cepal.org/sites/default/files/cub_ley1263_1974_mater.pdf
China	Ley de asistencia sanitaria materno-infantil, Ley 33 de 27 de octubre de 1994*	Se formula esta Ley de acuerdo a la Constitución, a fin de proteger la salud de la madre y su hijo y de mejorar la calidad asistencial de la población recién nacida.	https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/17.pdf

Elaborado por: Universidad de la Sabana, Programa de Enfermería, 2021.

Fuente: Publicaciones disponibles en los motores de búsqueda de la Web a febrero de 2021.

4.1.4. Estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural.

Pensar en diseñar una *estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural*, propone un reto para sus actores, ya que desde el punto de vista político se requiere de la voluntad necesaria no solo para construir normativas que cambien de manera significativa los escenarios actuales, sino que también ejerzan control político sobre dichos lineamientos y Acuerdos para que tengan efectividad en tiempo real, que permita medir la adherencia de estos. Por otro lado, la academia está llamada a fundamentar, desde la mejor evidencia científica disponible, los elementos mínimos coherentes con la realidad que deben ser contenidos en dicha apuesta.

Además de lo anterior, es importante pensar en el beneficio invaluable que va a recibir no solo la mujer gestante, sino la población de Bogotá, ya que como lo afirma Michel Odent “para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer”. Por esta razón, el objetivo del presente Proyecto de Acuerdo tiene como propósito establecer la estrategia de cuidado que desde todos los puntos de vista se configura como herramienta que, en coherencia con la realidad del Distrito, responde al llamado de la OMS para garantizar una experiencia del parto positiva.

Dicha estrategia tiene su génesis en los lineamientos internacionales de Parto Humanizado y desde

Esquema N° 1: Ejes de la estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia de parto desde el enfoque de parto humanizado y transcultural.

	<p>EJE 1:</p> <p>Cultura organizacional transformadora.</p> <p>Centrada en políticas de salud pública que promuevan el cuidado a la mujer gestante desde enfoque de parto humanizado y transcultural.</p>
	<p>EJE 2:</p> <p>Adherencia a los lineamientos internacionales.</p> <p>La práctica de cuidado a la gestante se integra los lineamientos internacionales como son: las recomendaciones OMS para una experiencia positiva de parto, Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad Segura y Respetuosa de la madre-bebé y familia y la política IAMI .</p>
	<p>EJE 3:</p> <p>Reconocimiento de la figura del acompañante.</p> <p>Integra, reconoce, defiende y valora la figura del acompañante que la mujer gestante elija en proceso de trabajo de parto, parto y posparto, basándose en los beneficios fisiológicos y emocionales que su apoyo aporta.</p>
	<p>EJE 4:</p> <p>Plan de Cuidados.</p> <p>Diseña y aplica planes de cuidados centrados en la mujer gestante en proceso de parto integrando la mejor evidencia científica disponible que fundamente al uso de prácticas alternativas en favor de una experiencia de parto positiva</p>
	<p>EJE 5:</p> <p>Perspectiva transcultural</p> <p>Reconoce el saber ancestral como fundamento mismo del cuidado genérico, apoya la figura de la Partera y Doula en el soporte físico y emocional de la mujer trabajo de parto.</p>

Elaborado por: Cárdenas Rubiano Sonia. Enfermera y Doula, profesora de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana

la Teoría de M Leininger, se propone reconocer la interculturalidad, que para el caso sería la población bogotana, donde se requiere de escenarios que reconozcan su saber ancestral y los integren al cuidado. Dado esto se proponen cinco ejes para conceptualizar la propuesta.

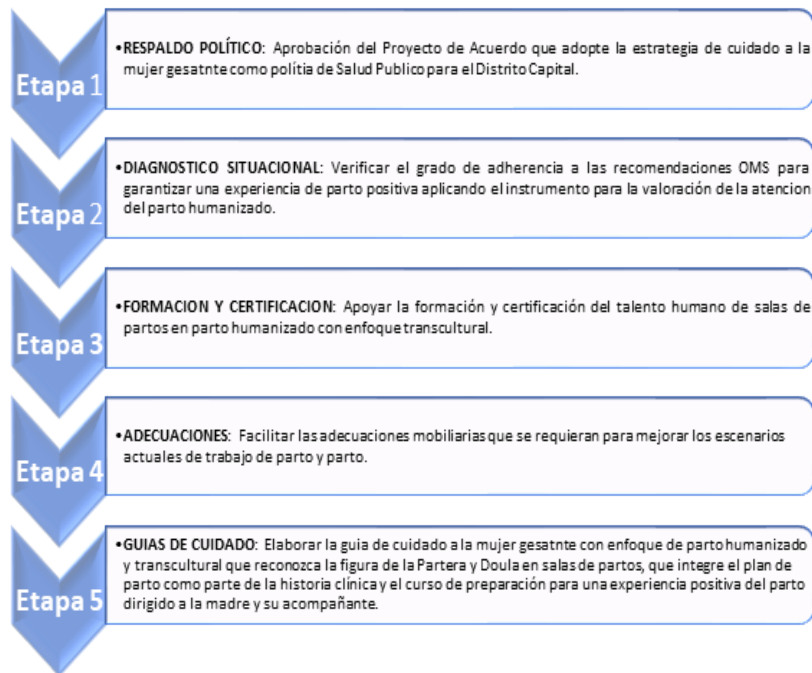
4.1.4.1. Ejes que conforman estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural.

El cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto, ubica a la madre, el neonato y su familia como los protagonistas de la experiencia de parto que se vive en los escenarios intramurales de nacimiento humano en el Distrito Capital. Actores que, empoderados con herramientas pedagógicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, pueden liderar su proceso de parto en compañía del equipo interdisciplinario certificado para tal fin.

4.1.4.2. Ruta de implementación de la estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural.

Como todo proceso que implique transformaciones institucionales y humanas, debe tener una ruta que guie cada uno de los pasos a seguir durante un tiempo estimado que permita desde el reconocimiento de la realidad institucional hasta la realimentación del proceso. Es por ello que, el Proyecto de Acuerdo pretende implementar la estrategia en los tres años siguientes a su aprobación, tiempo suficiente para cumplir con las etapas que se integran en el siguiente esquema:

Esquema N° 2: **Ruta de implementación de la estrategia de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del parto humanizado y transcultural**



Elaborado por: Cárdenas Rubiano Sonia. Enfermera y Doula, profesora de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana.

4.2. VISTA INTERNACIONAL, EN COLOMBIA Y BOGOTÁ D. C.

En los últimos años, el mundo ha sido testigo de situaciones que limitan la armonización de los escenarios de nacimiento humano toda vez que, el trato inadecuado durante la atención del parto en los centros de salud, hospitales y clínicas han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los testimonios compartidos por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales demostrando que estamos ante un fenómeno generalizado y sistemático.

Como respuesta a la necesaria transformación de los escenarios de nacimiento humano, han surgido en el mundo diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales como también movimientos de activismo social que por una parte claman por un trato con compasión, respeto y dignidad, sin abuso de ningún tipo a la mujer gestante y por otra parte proponen alternativas que puedan solucionar dicha situación. En este contexto es necesario analizar, a la luz de la mejor evidencia disponible, la situación a nivel internacional, nacional y distrital.

4.2.1. Contexto Internacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a las inquietudes de las mujeres en relación con la atención del parto publicando una declaración en 2014 donde declara que, todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación¹⁹. Dicha declaración contempla cinco (5) acciones puntuales para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, dichas acciones contemplan:

- I. **Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.** Se considera la necesidad de que los gobiernos promuevan más investigaciones sobre cómo definir y medir el maltrato, y la falta de respeto, en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres.
- II. **Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.** Pretende incentivar iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos. Entre otras iniciativas, mencionan el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos,

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1

mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.

- III. ***Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.*** Ante la evidencia que emana de los marcos internacionales de derechos humanos que resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante, la OMS pretende concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.
- IV. ***Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.*** Los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensivos y dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención.
- V. ***Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.*** La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud.

En el año 2019, la OMS en línea con los esfuerzos de las diferentes organizaciones que a nivel mundial trabajan por mejorar significativamente los escenarios intramurales de parto, pretende en esta ocasión transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar en alianza estratégica con el grupo de investigación Cochrane, valida las Recomendaciones de la OMS, para una experiencia positiva del parto. Esta directriz aborda los problemas de medicalización excesiva que tienden a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el proceso a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y parto sin complicaciones²⁰.

²⁰ Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2019, Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>

En el siguiente cuadro se encuentra el resumen de *las recomendaciones OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, allí se presentan las recomendaciones de acuerdo con el contexto para el cual son relevantes, las cuales se relacionan según la etapa del trabajo de parto en que se encuentre la mujer y las cuales son relacionadas en la siguiente tabla.

Tabla N° 2: **Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva**

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento.		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
Periodo de dilatación.		
Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: — La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado

	— El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica	No recomendado
	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado
Política de ingreso en la sala de parto	10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa,	Recomendación en función del contexto

	únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No Recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del	Recomendado

	dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto	No recomendado
Líquidos intravenosos	32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
Periodo expulsivo.		
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar	Recomendado

	<p>como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.</p> <p>Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.</p>	
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles	Recomendado
Episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión en el fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento.		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento	Recomendado

	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP)	Recomendado
	43. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg)	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica	No recomendado
Atención del Recién nacido.		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia)	Recomendado

Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día	Recomendado
Atención a la mujer tras el nacimiento.		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. . Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento	Recomendado

Elaboración propia, Fuente: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2019. *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*

4.2.1.1. Aplicabilidad de las recomendaciones OMS a nivel internacional.

Teniendo en cuenta que algunas de las iniciativas de los organismos internacionales, que se formulan en términos de políticas de salud pública y que tienen como fin último el mejoramiento de la calidad

de vida de las personas, no se acercan a la realidad que viven los escenarios de cuidado y que, por lo general ahondan aún más la brecha que siempre ha existido entre la normativa legal vigente y la realidad de la práctica de cuidado, por esta razón y en aras de validar la adherencia del articulado que se propone para el presente Proyecto de Acuerdo, se realizó la búsqueda de evidencia de escenarios clínicos de parto en diferentes países, en los cuales se apropiaron los elementos básicos del Parto Humanizado y que sean autosostenibles a la fecha. A continuación, se relacionan dichos escenarios.

Tabla N° 3: Instituciones hospitalarias internacionales que aplican las recomendaciones OMS en salas de partos para la experiencia de un parto positivo

Clínica /Hospital	País /ciudad	Servicios que ofrece en salas de partos	Página Web
Clínica Reina Madre	México	<ul style="list-style-type: none"> ● Se minimiza el uso de analgésicos y se potencia la respiración y técnicas del manejo de dolor ● El padre o familiares pueden estar justo a la madre y el recién nacido en todo momento. ● Parto en agua ● Medidas de confort ● Técnicas de relajación ● Cursos de psicoprofilaxis para la preparación del parto 	https://www.reinamadre.mx/
Casa Aramara	Guadalajara a Mexico	<ul style="list-style-type: none"> ● Parto en casa con parteras, dulas, enfermeras y médicos ● Parto en agua ● Masajes ● Curso de preparación ● Terapia alternativa ● Esferodinamia ● Yoga prenatal 	http://www.casaaaramara.com.mx/webcasaaaramara/
Clínica de Especialidades de la Mujer	Ciudad de México	<ul style="list-style-type: none"> ● 14 cuartos combinados con camas obstétricas ● Cunas de calor radiante ● Pelotas kinésicas ● Kits de masaje 	https://www.guadeproveedor.esplm.com/hospitales/clinica-de-especialidades-de-la-mujer-920
Hospital Universitario Austral	Buenos Aires – Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia de partos naturales (parteras, doulas, obstetras, neonatólogos, puericultoras y enfermeras) ● Consejería y elaboración de Plan de Nacimiento basado en tus decisiones. ● La oportunidad de estar activa durante todo el proceso de parto. 	https://www.hospitalaustral.edu.ar/

		<ul style="list-style-type: none"> ● Visitas y encuentros postnatales. ● Asesoramiento en lactancia materna. 	
Sanatorio Maternidad CASMU IAMPP	Montevideo - Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ● Protagonismo del parto ● Asistencia personalizada ● Iluminación selectiva ● Climatización ● Ambiente exclusivo ● Posibilidad de incorporar en forma personalizada 	https://casmu.com.uy/glossary/ginecologia-y-obstetricia/
Centro de parto natural Ixchel	Ciudad de Guatemala-Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuartos de parto en agua ● Tinas diseñadas especialmente para partos ● No se induce o se aumenta con medicamentos químicos a menos de que sea realmente necesario. ● Acompañamiento 	https://centrodpartonatural.org/wp/servicios
The birth center	Newark en el estado de Delaware – Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado a la mujer sana: Brindamos atención ginecológica integral para mujeres de todas las edades, desde adolescentes hasta posmenopáusicas. Nuestro enfoque es empoderar a nuestros clientes a través de la educación y la gestión integral de la salud. ● Atención durante el embarazo, el parto y el posparto ● Parto en el agua ● Bolas de parto y barras de parto para ayudar a facilitar el parto ● Diván para que los miembros de la familia se queden cómodamente ● Una gama completa de opciones para controlar el dolor, desde masajes hasta óxido nítrico * sin narcóticos o anestesia epidural. ● Apoyo a la lactancia ● Centro de nacimiento Doulas ● Clases y grupos de apoyo de educación sobre el parto 	https://thebirthcenter.com/

Chi Franciscan	Noroeste de América del Norte	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado prenatal ● Atención de embarazos de alto riesgo ● Clases de parto y crianza ● Hospitalizas obstetras las 24 horas del día, los 7 días de la semana: médicos certificados por la junta que se especializan en obstetricia y están disponibles en el lugar para el trabajo de parto y el parto ● Atención de parto personalizada, incluidos partos en el agua y parto vaginal después de una cesárea (PVDC) ● Programa Doula: apoyo para el trabajo de parto y el parto (ofrecido en St. Joseph Medical Center, St. Francis Hospital y St. Elizabeth Hospital) ● Fotografía de bebés y WebNursery ● Apoyo a la lactancia con nuestros consultores certificados en lactancia, incluidas visitas a la sala de pacientes hospitalizados y seguimiento ambulatorio (solo con cita) ● Unidad de cuidados intensivos neonatales de nivel III (UCIN) 	https://www.chifranciscan.org/
St. Joseph Hospital	Nashua – EE. UU	<ul style="list-style-type: none"> ● Prueba de infertilidad ● Asesoramiento previo a la concepción ● Prueba de embarazo ● Atención prenatal, incluida la educación sobre nutrición y ejercicio ● Planificación del parto, incluida la educación sobre métodos y clases de parto ● Planes de parto / Bola de parto / Taburete de parto / Hidroterapia / Hipn parto ● Atención de parto y parto ● Apoyo y educación sobre lactancia materna ● Atención posparto ● Anestesia epidural ● Asistente quirúrgico en cesárea 	https://www.stjosephhospital.com/
Hospital Portugués	Salvador – Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ● Duchas terapéuticas ● Pelotas suizas ● Escaleras para estiramientos y cromoterapia ● Técnicas de relajación ● Comodidad y seguridad 	https://www.hpportugues.com.br/maternidade/estrutura/

Hospital Sanitas La Zarrazuela.	Madrid	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiene una cartilla con un formulario en el que la madre decidirá como quiere que sea el parto, e decir si quiere musicoterapia, libre movimiento, acompañamiento de su familiar. https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf ● Sus objetivos son favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. También asistir al proceso del parto con el mínimo intervencionismo a la vez de garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se disponen en la atención hospitalaria del parto. Se ofrecen cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido. 	https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/medicosycentros/hospital_zarzuela/unidades_especiales/index.html
SANT JOAN DE DEU	Barcelona – España	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuenta con silla de parto ● Balón ortopédico ● Asistencia en cama y compañía de familiar ● Silla relajante ● Musico terapia ● Adaptación de espacio de maternidad como si fuera la casa. ● Catalogo del plan: https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/u1/Mujer/plan-nacimiento-riesgo-bajo-medio-hospital-sant-joan-deu-barcelona.pdf 	https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/mujer/embarazo

Elaborado por: Universidad de la Sabana, Programa de Enfermería, 2021.

Fuente: Publicaciones disponibles en los motores de búsqueda de la Web a febrero de 2021.

4.2.2. Contexto Nacional

En Colombia durante el año 2011, se presentó el Plan de Desarrollo Institucional de los servicios de atención materna e infantil con enfoque de derechos en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, este, que fue diseñado por el Ministerio de la Protección Social - MPS, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, quienes presentan al país los nuevos lineamientos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI.

La Estrategia (IAMI), es una iniciativa propuesta al país por la Unicef para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas. La Estrategia propone a las instituciones que prestan servicios de

atención a gestantes, madres, niñas, niños y adolescentes una metodología, que les permita de manera sistemática autoevaluarse, analizar sus prácticas de atención, realizar un plan de mejoramiento, hacer los ajustes necesarios, ser evaluados por profesionales externos a la institución y finalmente ser acreditados como una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia siguiendo sus pilares de integralidad, calidad y continuidad.²¹ En el cuadro que se encuentra a continuación se relacionan cada uno de los pasos planteados por la estrategia IAMI.

Tabla N° 3: Diez pasos para la implementación en IPS hospitalarias y ambulatorias de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.

Pasos	Descripción
PASO 1: Voluntad política institucional	Disponer por escrito de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial, que garanticen la integralidad, calidad, y continuidad de la atención en los servicios y programas dirigidos a gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años y que se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución
PASO 2: Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución	Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional de salud y nutrición en favor de la mujer y la infancia, dentro del marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género.
PASO 3: Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.	Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza
PASO 4: Trabajo de parto y parto con calidad y calidez.	Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora

²¹ Ministerio de protección social, 2011. *Estrategia Instituciones Amigas de la primera Infancia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

PASO 5: Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.	Brindar orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud, nutrición de las madres y de las niñas y niños recién nacidos, sean sanos o enfermos, con especial atención a las familias más vulnerables.
PASO 6: Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna	Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones posteriores que lo actualizan o modifican y la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños
PASO 7: Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento	Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna, incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija. Además permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de todas las niñas y niños.
PASO 8: Atención Integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo.	Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas, y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias.
PASO 9: Entornos protectores y espacios amigables.	Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la participación y el trato digno para todas las madres, padres, niñas, niños y familias que acuden a la institución.
PASO 10: Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS.	Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones desarrolladas en los diferentes servicios institucionales, con las acciones que madres, padres, familias y cuidadores realizan en sus hogares y comunidades, con el fin de favorecer el desarrollo infantil temprano de todas las niñas y niños.

Elaboración: Propia.

Fuente: Estrategia Instituciones Amigas de la primera Infancia, 2011. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

Para el interés de este Proyecto de Acuerdo, se profundiza en el *paso 4: Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora*. Para ello las instituciones de salud deben brindar información a la gestante y su familia sobre sus derechos que tienen en la atención del trabajo de parto y parto. Una institución y equipo de salud IAMI, se identifica con las siguientes características:

- El personal de salud de salas parto demuestra que está capacitado en los criterios globales de la IAMI,
- Se informa a las madres y a sus acompañantes sobre los procedimientos que se realizan durante su estancia hospitalaria y los servicios a los que puede acceder.
- Garantiza el contacto piel a piel madre-hijo durante por lo menos quince minutos y el inicio del amamantamiento en la primera hora de vida (en caso de las y los recién nacidos sanos).
- El personal de salud refuerza la información sobre las primeras vacunas y el derecho al nombre y al registro civil desde el nacimiento, explicando los mecanismos institucionales instaurados para facilitar estas acciones antes de salir de la institución.
- De la misma manera si la madre lo desea y las condiciones de la institución lo permiten el personal de salud deberá facilitar la presencia del compañero o de una persona significativa para la madre durante el trabajo de parto y el parto, para que le dé apoyo continuo y la ayude a reducir el nivel de ansiedad, con lo cual se sentirá más tranquila y segura y tendrá mejores resultados en el trabajo de parto y en el parto.

4.2.2.1. Aplicabilidad de las recomendaciones OMS a nivel nacional.

En Colombia, la mayoría de las instituciones de salud que prestan el servicio de maternidad en salas de partos, registran en sus procesos administrativos de atención a la mujer gestante, protocolos o guías de manejo que dan cuenta de la aplicabilidad de las recomendaciones OMS para garantizar la experiencia positiva durante el parto y la aplicabilidad de los elementos propios del Parto Humanizado. Sin embargo, se considera que en la actualidad aún existe una brecha entre los protocolos, guías e instructivos institucionales y la realidad que se vive en dichos escenarios.

A pesar de las disonancias en el discurso anterior, se encuentran en el territorio colombiano, ejemplos del integrado por parte de las comunidades y entidades gubernamentales que han permitido que instituciones de diferentes niveles de complejidad, tanto públicas como privadas hayan iniciado un

camino de transformación a la filosofía institucional de Parto Humanizado, donde se ha migrado a la comprensión real de la necesidad de resignificar el nacimiento humano y se han hecho las adecuaciones e inversiones necesarias para garantizar y dar cuenta que la teoría puede ser aplicada perfectamente a la práctica.

A continuación, se presenta la relación de las instituciones hospitalarias Nacionales que han sido publicadas por medios virtuales bajo la palabra clave “Parto Humanizado”, y que evidencian en dichas publicaciones la apropiación de los elementos que garantizan la atención del Parto Humanizado y las recomendaciones OMS, para garantizar en la mujer gestante una experiencia del parto positiva.

Tabla N° 4: Instituciones hospitalarias nacionales que aplican las recomendaciones OMS en salas de partos para la experiencia de un parto positivo

Clínica /Hospital I	Ciudad	Servicios que ofrece en salas de partos	Página Web
Clínica del prado	Medellín – Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecemos 10 cubículos de trabajo de parto y 10 de post-parto dotados para el control y vigilancia del bienestar fetal, la actividad uterina y la recuperación del binomio. • Monitoreo fetal continuo intraparto, la analgesia epidural y un equipo interdisciplinario de obstetras, anesthesiólogos, enfermería y neonatólogos para lograr un excelente resultado perinatal. • Todas nuestras habitaciones cuentan con acceso a monitoreo fetal continuo centralizado, televisión, teléfono e internet inalámbrico, aire acondicionado, sistema de llamado de voz y luz a enfermería, iluminación natural, conexión a historia clínica electrónica, sofá o silla reclinable para acompañantes y servicio de alimentación a la habitación para acompañantes. 	https://clinicaadelprado.com.co/
ESE Hospital La Mesa Pedro León Díaz	La Mesa Cundinamarca	<ul style="list-style-type: none"> • Se permite la participación de la persona más significativa para la gestante durante el trabajo de parto y parto. • Ofrecemos alternativas para el manejo del dolor como: Apoyo verbal y emocional, aromaterapia, yoga terapéutico, musicoterapia, arteterapia, reflexoterapia, masajes. • Enfoque intercultural: Respeto por las tradiciones, lenguaje y otros aspectos de la cultura. • Se favorecen las condiciones para preservar la intimidad de la familia. Se favorece el apego mediante el contacto piel a piel, sin interrupciones, durante la primera hora del nacimiento. 	http://www.hospilamesa.gov.co/component/content/article/10-noticias/102-parto-humanizado-un-exito-en-el-pedro-

		<ul style="list-style-type: none"> ● Se apoya el inicio de la lactancia materna durante los primeros treinta minutos de vida. Se realiza la impresión gráfica de la placenta a aquellas madres que lo soliciten. ● Se realiza una atención profesional basada en estándares basados en la mejor evidencia científica disponible, con personal idóneo, sensible, capacitado y entrenado, para hacer de la experiencia del nacimiento un momento inolvidable. ● Contamos con enfermeras certificadas como Doulas, lo que permite un acompañamiento con calidez durante toda la estancia hospitalaria. 	leon?Itemid=101
Unidad de Salud Intermedia San Francisco	Ibagué	<ul style="list-style-type: none"> ● Parto en agua ● Parto en cama en diferentes posiciones ● Parto vertical con un enfoque multicultural ● Musicoterapia ● Aromaterapia ● Esferodinamia ● Masajes 	https://www.ibague.gov.co/portal/seccion/noticias/index.php?idnt=6258
Fundación Valle de LILI	Cali – Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ● La gestante siempre está acompañada ● Libre deambulación y dieta ● Posición y espacio para la atención del parto ● Medicamentos y procedimientos solo si son necesarios, realizando consentimiento informado ● Contacto piel a piel con el recién nacido ● Seguridad y calidad de la atención ● Trato de cálido y respetuoso 	https://valledelili.org/

Elaborado por: Universidad de la Sabana, Programa de Enfermería, 2021.

Fuente: Publicaciones disponibles en los motores de búsqueda de la Web a febrero de 2021.

Para la utilidad de este Proyecto de Acuerdo, se tendrá en cuenta la experiencia vivida de la Unidad de Servicios intermedios San Francisco de Ibagué y el Hospital Pedro León Díaz de la Mesa Cundinamarca, quienes han demostrado la efectividad de los servicios de salas de partos en atención del Parto Humanizado y cuyas iniciativas han sido sostenibles a través del tiempo. Llama la atención que, las dos instituciones tienen en su talento humano como miembros del equipo interdisciplinario de salas de partos, profesionales certificados como Doulas de gestación, parto y posparto; es importante verificar si el contenido de dicha capacitación brinda las herramientas necesarias al profesional para dar respuesta a la aplicabilidad de las recomendaciones OMS.

4.2.3. Contexto Distrital

En el Distrito Capital, se han tenido diferentes intentos de armonizar los escenarios de nacimiento humano, más desde el interés de agremiaciones como las Doulas y las Parteras Urbanas, que desde la iniciativa de los entes gubernamentales a quienes les corresponde reglamentar y verificar el

correcto funcionamiento de dichos escenarios y tomar decisiones oportunas y acertadas en pro del mejoramiento y efectividad de estos.

Desde el año 2019, entró en vigencia la **Resolución 3280 de 2018**, la cual adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. En dicho capítulo especifica en el literal 4.7 las intervenciones individuales en referencia a la atención de parto, entre las cuales se encuentran: acompañamiento de la madre por parte de la persona que ella elija, libertad de movimientos, manejo del dolor, elección de la posición preferida por ella para el trabajo de parto entre otras. Sin embargo, no se clarifican los lineamientos específicos que deben regir en los servicios de salas de partos para aplicar la norma.

En Bogotá, se tiene conocimiento de la existencia de las llamadas salas de TPR que brindan un servicio especial del parto donde la mujer gestante permanece en una habitación individual en compañía de su familia y en dicho lugar realiza su trabajo de parto, se atiende el parto y se realiza la recuperación inmediata del puerperio. Dichas unidades o salas TPR son exclusivas de las clínicas privadas que ofrecen servicio de medicina prepagada o que brinda servicios particulares.

Por otro lado, en el año 2012, en el gobierno de Bogotá Humana, se diseñó la “guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto (EBE)”, cuyo objetivo es establecer recomendaciones basadas en evidencia clínica que le permitan al profesional de enfermería ofrecer cuidado eficaz, eficiente y oportuno con calidez humana a la mujer en trabajo de parto y nacimiento, así como al recién nacido y a la familia en las salas de parto, para lograr que esta experiencia sea positiva²².

El grupo de profesionales que elaboró la guía fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a profesionales de enfermería con amplia experiencia en la asistencia, tanto en los ámbitos públicos como privados, la docencia y la investigación, y representantes de asociaciones de enfermería, como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal basadas en evidencia.

En este Proyecto de Acuerdo, se tendrá en cuenta la profundización de los capítulos 2, 3 y 4 referentes a el apoyo de los profesionales de salud a la familia y la mujer gestante durante el trabajo de parto y parto, el saber de la Partera y Parto Humanizado respectivamente. También es importante resaltar que dicha guía es un instrumento verificado de medición de la adherencia a la misma que presenta el anexo 2 titulada, “lista de chequeo para sala de parto”, la cual se actualizó y modificó en aras de garantizar la interdisciplinariedad en los cuidadores responsables del éxito de la estrategia y de incluir algunos de los criterios importantes mencionados por la OMS. A continuación, se presenta el instrumento actualizado.

²² Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto (EBE). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf>

LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO

Recuperada de EBE guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y parto

ITEM EVALUADO		SI	NO	ALGUNAS VECES
1.	¿El equipo interdisciplinario promueve un ambiente laboral sano donde se destacan valores como el respeto, el trabajo colaborativo y la comunicación efectiva?			
2.	¿El equipo interdisciplinario está certificado en la atención del parto humanizado?			
3.	¿El equipo interdisciplinario reconoce la figura del saber ancestral de la Partera y Doula y valora su aporte en el servicio aplicando prácticas de cuidado alternativo a las mujeres en trabajo de parto?			
4.	¿El equipo interdisciplinario se identifica ante la mujer gestante y la familia proporcionado un trato digno, amable, cálido y respetuoso?			
5.	¿El equipo interdisciplinario tiene implementadas prácticas de cuidado alternativo: aromaterapia, esferodinamia, musicoterapia y masajes para la mujer gestante en trabajo de parto?			
6.	¿La información proporcionada a las mujeres gestantes y a sus acompañantes es oportuna, suficiente y clara?			
7.	¿Se brinda un ambiente cálido, silencioso y con luz tenue en el momento del trabajo de parto y parto?			
8.	¿Se facilita el ingreso del acompañante al trabajo de parto y parto, permitiendo ejercer un rol en el cuidado de la mujer?			
9.	¿El equipo interdisciplinario ofrece medidas de confort y comodidad, como humedecer los labios, evitar la hipotermia (cobijas y líquidos tibios), proporcionar privacidad durante la estancia en sala de partos?			
10.	¿El equipo interdisciplinario permite que la mujer elija la posición que desea para su trabajo de parto garantizando la interpretación y vigilancia del bienestar materno fetal, asistencia en deambulación y baño, prevención de caídas?			
11.	¿El equipo interdisciplinario permite la deambulación de la paciente por la sala de partos para favorecer el trabajo de parto, si las condiciones clínicas de la paciente lo permiten?			
12.	¿El equipo interdisciplinario fomenta el contacto piel a piel del recién nacido desde el momento de su eyección hasta los primeros 60 minutos del nacimiento, si las condiciones clínicas del RN lo permiten?			
13.	¿El equipo interdisciplinario motiva el inicio de la lactancia materna (arrastre al pecho) en los primeros 30 minutos de vida del recién nacido?			
14.	¿El equipo interdisciplinario, brinda medidas farmacológicas y no farmacológicas para disminuir y controlar el dolor en el trabajo de parto?			

Elaborada por: Castiblanco Nubia y colaboradores, enfermeras profesionales del Grupo Materno Perinatal de la SDS.

Modificada y Actualizada por: Cárdenas Rubiano Sonia, Enfermera Y Doula. profesora de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana y Padilla Pinto Leonardo, Unidad de Apoyo Normativo del Concejo de Bogotá, febrero de 2021.

4.3. CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA.

Pensar en que tan conveniente es el presente Proyecto de Acuerdo para la ciudad, sería transpolar el pensamiento a la reflexión sobre qué tan importante es la raza humana para el mundo. En este sentido, se considera que este Proyecto trae consigo un beneficio invaluable no solo al Distrito Capital, sino a país y fuera de él, ya que si cambiamos la forma de nacer se puede construir un nuevo mundo más humano.

El **cambio de paradigma** en el cuidado de la mujer gestante es la apertura a una nueva filosofía de vida donde el centro de la atención, como lo veíamos desde la antropología del nacimiento humano, no corresponde a nadie más que la mujer gestante en proceso de parto. Es por ello, la necesidad de agilizar el paso en la adopción de este nuevo paradigma de cuidado que sin lugar a duda nos despoja del acostumbrado modelo desubstancializado de lo humano que ha regido los escenarios intramurales de salas de partos en el mundo hasta el día de hoy.

La resignificación del nacimiento humano requiere de medidas puntuales que garanticen una forma diferente de nacer, de hecho, este Proyecto de Acuerdo garantiza un nacimiento permeado por la armonización científica y disciplinar, que implemente el trabajo en equipo como herramienta indispensable de cuidado, que reconozca el saber ancestral de la Partería y el Doulaismo que se ha mantenido invisibles en la Capital y que tiene tanto para aportar en estos escenarios, como la raza humana al mundo.

Además de esto, propone **una estrategia que desnaturaliza el parto**. Estamos acostumbrados a un proceso de parto donde todo es normal, situaciones como el dolor, la incomodidad, la limitación de movimientos, entre otras, son llamadas “naturales” y por ello la mujer, que quiere ser madre, debe soportarlo de alguna manera. Esta iniciativa esta soportada en la mejor evidencia científica disponible que brinda a los cuidadores las herramientas necesarias para que, haciendo uso consciente, adecuado y prudente de la tecnología en los procesos fisiológicos del parto, puedan implementar medidas alternativas de soporte físico y emocional, garantizando una experiencia de parto positiva, única e individual para la mujer.

Para finalizar se considera que, el presente Proyecto de Acuerdo permite el **reconocer la persona y su dignidad humana** en el sujeto de cuidado (mujer gestante y familia) que a diario tenemos en las salas de partos del Distrito Capital, dignificándola como núcleo de la sociedad, con trato digno, respeto y amor, reivindicando sus derechos fundamentales y humanos que gozan de convencionalidad vinculante en nuestro Estado, es decir, hacen parte integral de nuestra Constitución Política, con el fin de retornar a dichos seres humanos el liderazgo fisiológico del proceso de parto.

5. MARCO JURIDICO Y COMPETENCIA DEL CONCEJO

El artículo 287 de nuestra Carta Fundamental, contempló que *“las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley.*

En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

(...)

2. Ejercer las competencias que les correspondan.”

Así mismo, con lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 313, le otorga atribución al Concejo Distrital para emitir el presente Proyecto de Acuerdo.

De otra parte, el Concejo de Bogotá D. C., es competente para darle trámite, debate y aprobación al presente Proyecto de Acuerdo, en base al artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, que establece: *“corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley:*

1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito”.

En cuanto a las atribuciones para presentar la iniciativa descrita en el artículo 13 del estatuto orgánico de Bogotá, este Proyecto de Acuerdo, no se encuentra restringido dentro de la atribución exclusiva de los numerales 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14, 16, 17 y 21 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, que corresponde a la alcaldesa mayor.

6. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 *“En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo”.*

La implementación del presente Proyecto de Acuerdo, no genera impacto fiscal, constituye un asunto de **voluntades, coordinación interinstitucional y decisión**, ya que está plenamente cobijada en el Acuerdo 761 de 2020, ***“Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”***, que, además de su objetivo general, se halla en los propósitos, logros de ciudad, metas sectoriales y programas estratégicos.

Artículo 9. Propósitos y Logros de ciudad. El Plan Distrital de Desarrollo *“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI”* se organiza en torno a 5 propósitos que se cumplen a través de 30 logros de ciudad mediante la articulación de acciones materializadas en programas.

Los 5 propósitos y 30 logros de ciudad son los siguientes:

Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.

Logros de ciudad	3	Implementar el sistema distrital de cuidado y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género y diferencial para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local.
	4	Completar la implementación de un modelo de salud pública con enfoque poblacional - diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud.

Artículo 13. Programas estratégicos. En el marco del presente Plan Distrital de Desarrollo se considera fundamental la ejecución de los siguientes programas estratégicos:

Programas Estratégicos Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política							
No.	Programas Estratégicos	No.	Meta estratégica	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
1	Oportunidades de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes	3	Beneficiar a 15.000 mujeres gestantes, lactantes y niños menores de 2 años con servicios nutricionales, con énfasis en los mil días de oportunidades para la vida	Número de mujeres gestantes o lactantes o niños menores de 2 años con servicios nutricionales	11.538 mujeres gestantes, niñas y niños menores de dos años en el servicio Creciendo en Familia.	SDIS, SE GPLAN 2019	15.000
	Oportunidades de		A 2024 cumplir con el avance del Plan de Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud. Contribuyendo al cierre de brechas de inequidad	1. Porcentaje de avance en construcción y dotación de tres (3) instalaciones hospitalarias. 2. Porcentaje de avance en construcción y dotación de			

1	educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes	12	<p>territorial con el sur y suroccidente de la ciudad mediante la ampliación de servicios de salud en las localidades con menos servicios, ya sea por creación de nueva infraestructura como con el fortalecimiento de los servicios actuales. Esto en defensa del derecho a la salud y en virtud de sus elementos esenciales tales como accesibilidad equidad y progresividad.</p> <p>1. Porcentaje de avance en construcción y dotación de tres (3) instalaciones hospitalarias. LB. 4.3 % (Meta: 75%)</p> <p>2. Porcentaje de avance en construcción y dotación de Centros de Atención Prioritaria en Salud (16 terminados, 1 en obra y 3 en estudios y diseños) LB. 1% (Meta: 100%)</p>	<p>Centros de Atención Prioritaria en Salud (16 terminados, 1 en obra y 3 en estudios y diseños)</p> <p>3. Porcentaje de avance en estructuración de tres (3) instalaciones hospitalarias.</p> <p>4. Porcentaje de avance en obras y dotación complementarias para la infraestructura en salud del DC (10 unidades de servicio – 3 de salud mental – un laboratorio de biocontención)</p>	<p>4.3 % 1% 0% 1</p>	<p>SDS, 2020</p>	<p>75% 100% 100% 80%</p>
---	---	----	---	---	----------------------------------	----------------------	--------------------------------------

			<p>3. Porcentaje de avance en estructuración de tres (3) instalaciones hospitalarias. LB. 0% (Meta: 100%)</p> <p>4. Porcentaje de avance en obras y dotación complementarias para la infraestructura en salud del D.C. (10 unidades de servicios, 3 salud mental y 1 laboratorio de biocontención). LB. 1% (Meta: 80%)</p>				
1	Oportunidades de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes	15	<p>En el marco de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, implementar con el 100% de las EAPB una estrategia para la promoción y prescripción de actividad física con énfasis en personas con riesgo cardiovascular alto y medio</p>	EAPB con implementación de la estrategia para la promoción y prescripción de actividad física con énfasis en personas con riesgo cardiovascular alto y medio	0	SDS	1

1	Oportunidades de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes	16	A 2024 diseñar e implementar un abordaje para la atención en salud para población migrante irregular, de conformidad con el modelo de atención en salud	Estrategia implementada	0	SDS	1
3	Sistema Distrital de Cuidado	34	Formular las bases técnicas y coordinar la implementación del sistema distrital del cuidado.	Porcentaje (%) de avance en la definición técnica y coordinación para la implementación del sistema distrital de cuidado	0%	No aplica	100%
3	Sistema Distrital de Cuidado	36	A 2024 implementar y mantener en funcionamiento 20 servicios de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres en todas sus diversidades.	Número de servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres.	0	SDS, 2019	20 servicios de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres en funcionamiento

Programas estratégicos propósito 3. Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación

No.	Programas Estratégicos	No.	Meta estratégica	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
11	Prevención de violencias de género y reducción de discriminaciones	79	A 2024 implementar y mantener en funcionamiento 20 servicios de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres en todas sus diversidades.	Número de servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres.	0	SDS, 2019	20

Artículo 15. Definición de Programas. Los Programas del Plan Distrital de Desarrollo se definen a continuación, agrupados según el propósito:

Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.

(...)

Programa 2. Igualdad de oportunidades y desarrollo de capacidades para las mujeres. Empoderar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos, fortalecer las capacidades y habilidades para su exigibilidad y territorializar las acciones para prevenir y atender todo tipo de violencia (física, sexual, psicológica, económica o patrimonial) contra las mujeres con orientación y acompañamiento psicosocial, fortalecer a grupos, redes y organizaciones de mujeres, desarrollando acciones eficaces para la atención, acompañamiento ante instancias administrativas a las sobrevivientes de las violencias y con orientación e información especializada de la ruta de acceso a la justicia. Así mismo, procurará articular la oferta institucional de servicios para las mujeres e implementar acciones afirmativas en el nivel local para el desarrollo de capacidades de emprendimiento y empleabilidad para la autonomía económica de las mujeres y la territorialización de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género

Programa 5. Promoción de la igualdad, el desarrollo de capacidades y el reconocimiento de las mujeres. Construir una ciudad que garantice los derechos humanos de todas las mujeres, para lo cual se implementarán acciones dirigidas a desarrollar y fortalecer sus capacidades y habilidades, con el fin de lograr el ejercicio real y efectivo de sus derechos. Para esto se incorporará de manera transversal el enfoque de género en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las actuaciones

del Distrito. De esta manera, en su conjunto tendrá como prioridad que Bogotá sea un territorio que garantice los derechos de las mujeres, en toda su diversidad, a través del diseño e implementación de acciones afirmativas que permitan el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres en toda su diversidad y la eliminación de todas las formas de discriminación y violencias interseccionales que les afectan a lo largo de todo su curso de vida.

Programa 7. Mejora de la gestión de instituciones de salud. Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.

Programa 8. Prevención y atención de maternidad temprana. La prevención de la maternidad y paternidad en edades tempranas, en niños, niñas y adolescentes, se abordará comprendiéndolo como un problema de salud pública que, en algunos casos puede llegar a poner en riesgo la salud de la madre gestante o a su bebé; así como hacia una transformación cultural de la sexualidad, la cual será abordada a través de estrategias de prevención del embarazo adolescente en colegios, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos a través de la articulación con la estrategia SEXPERTO, las escuelas de padres y las redes de práctica y aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores, en torno al desarrollo de proyectos de vida con responsabilidad y generando mejores oportunidades para esta población.

Programa 10. Salud para la vida y el bienestar. Reducir la mortalidad materna promocionando la salud materna, perinatal y de aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales o de vulnerabilidad. Se formula bajo criterios de inclusión, respetando cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada población y apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. De la misma manera la Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud adelantará acciones de articulación y gestión intersectorial con el gobierno nacional para promover la ruta de atención integral de salud en la lactancia y el cuidado de la mujer gestante.

Artículo 16. Contribución a los cinco propósitos y treinta logros de ciudad al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. Los diferentes Propósitos del Plan Distrital de Desarrollo contienen y visibilizan los Objetivos de Desarrollo Sostenible, proponiendo el cumplimiento de los lineamientos contenidos en el Documento CONPES 3918, y reconoce el valor agregado de alinear e interconectar la agenda de desarrollo Distrital con la Nación y la Región en pos de aumentar los niveles de vida digna, prosperidad y bienestar con un enfoque de protección y garantía del medio ambiente, como se relacionan a continuación:

Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.

ESFERAS ODS	# ODS	ODS	LOGROS DE CIUDA	PROGRAMA
Personas	3 5	Salud y bienestar Igualdad de genero	Implementar el sistema distrital de cuidado y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género y diferencial para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local	Sistema Distrital del Cuidado
Personas	3	Salud y bienestar	Completar la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional-diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud	Mejora de la gestión de instituciones de salud Prevención y atención de maternidad temprana Prevención y cambios para mejorar la salud de la población Salud para la vida y el bienestar
Personas	5	Igualdad de genero	Implementar el sistema distrital de cuidado y la estrategia de transversalización y territorialización de los enfoques de género y diferencial para garantizar la igualdad de género, los derechos de las mujeres y el desarrollo de capacidades de la ciudadanía en el nivel distrital y local	Prevención de la exclusión por razones étnicas, religiosas, sociales, políticas y de orientación sexual Promoción de la igualdad, el desarrollo de capacidades y el reconocimiento de las mujeres

Artículo 49. Plan Plurianual de Inversiones. Adóptese el Plan Plurianual de Inversiones, que estará conformado de la siguiente manera:

Tabla 2: Consolidado de Inversión

PRESUPUESTO POR PROPÓSITO	VALOR*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	51.368.583
Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	9.574.438
Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.	2.904.688
Hacer de Bogotá Región un modelo de movilidad multimodal, incluyente y sostenible.	34.868.402
Construir Bogotá Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.	6.166.983
Otros	4.400.470
TOTAL	109.283.564

*Cifras en millones de pesos

SECTOR	VALOR*
Ambiente	1.345.877
Cultura	2.237.368
Desarrollo Económico	878.188
Educación	23.740.594
Gestión Pública	548.000
Gobierno	6.131.207
Hábitat	7.288.401
Hacienda	544.876
Integración Social	6.486.848
Gestión Jurídica	44.736
Movilidad	36.919.236
Mujeres	414.685
Planeación	219.434
Salud	16.186.123
Seguridad	1.879.387
Veeduría	18.134
Otras transferencias	4.400.470
TOTAL	109.283.564

*Cifras en millones de pesos

PROPÓSITO	SECTOR	TOTAL*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	Ambiente	83.230
	Cultura	1.882.679
	Desarrollo Económico	799.657
	Educación	23.631.915
	Gobierno	2.554.494
	Hábitat	1.707.891
	Hacienda	45.427
	Integración Social	4.914.372
	Movilidad	78.379
	Mujeres	172.500
	Planeación	10.773
TOTAL PROPÓSITO 1		51.368.583
Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	Ambiente	1.035.498
	Cultura	107.794
	Educación	3.996
	Gobierno	1.510.933
	Hábitat	5.305.642
	Movilidad	1.226.527
	Salud	212.403
	Seguridad	171.645
TOTAL PROPÓSITO 2		9.574.438
Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.	Cultura	19.174
	Desarrollo Económico	43.131
	Educación	96.683
	Gestión Pública	154.805
	Gobierno	291.812
	Hábitat	54.829
	Integración Social	130.439
	Movilidad	345.416
	Mujeres	178.230
	Salud	64.200
Seguridad	1.525.969	
TOTAL PROPÓSITO 3		2.904.688
Hacer de Bogotá Región un modelo de movilidad multimodal, incluyente y sostenible.	Gobierno	834.223
	Movilidad	34.034.179
TOTAL PROPÓSITO 4		34.868.402
Construir Bogotá Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.	Ambiente	227.149
	Cultura	227.721
	Desarrollo Económico	35.400
	Educación	8.000
	Gestión Pública	393.195
	Gobierno	939.745
	Hábitat	220.039
	Hacienda	499.449
	Integración Social	1.442.037
	Gestión Jurídica	44.736
	Movilidad	1.234.735
	Mujeres	63.955
	Planeación	208.661
	Salud	422.254
	Seguridad	181.773
Veeduría	18.134	
TOTAL PROPÓSITO 5		6.166.983
Otros	Otras transferencias	4.400.470
Total Otros		4.400.470
TOTAL		109.283.564

*Cifras en millones de pesos

Artículo 66. Enfoque diferencial étnico. En un plazo no mayor a cuatro (4) meses a partir de la expedición del presente Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 “*Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI*”, se realizará el proceso de concertación y construcción conjunta con los pueblos y comunidades étnicas asentados en el Distrito, que conduzca a la inclusión de programas, planes y proyectos específicos; metas, indicadores, tiempos, responsables y asignación presupuestal dirigidos a la población étnicamente diferenciada, en cada uno de los sectores de la Administración y en las Localidades, propendiendo por la salvaguarda de sus derechos y garantizando su supervivencia física y cultural. Este proceso de construcción incorporará el enfoque de género, mujer, familia y generación desde las visiones propias de las mujeres de los pueblos y comunidades étnicas.

Los acuerdos logrados en el marco del proceso de la concertación y construcción conjunta se realizarán en el marco fiscal y asignaciones establecidas en el presente Plan Distrital de Desarrollo.

Las acciones derivadas del Plan Distrital de Desarrollo, las Políticas Públicas y los Planes Integrales de Acciones Afirmativas para los Pueblos Indígenas, las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palanqueras y el Pueblo Rrom o Gitano, se construirán en un proceso de concertación con los pueblos y comunidades étnicas en sus diferentes formas de gobierno propio.

Artículo 100. Plan Territorial de Salud. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 45 de la Ley 152 de 1994, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 25 y 27 de la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incorpora como parte integral del Plan Distrital de Desarrollo para Bogotá D.C. 2020-2024, el Plan Territorial de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el cual es concordante con el mismo y está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.

Artículo 103. Integralidad del Sistema de Salud Distrital. Con el fin de lograr la dirección integral del sistema de salud distrital, en el marco de la Ley 1751 de 2015, el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 715 de 2001, la Secretaría Distrital de Salud fortalecerá la gestión centralizada de la atención territorial en salud para el funcionamiento de la atención médica domiciliaria, atención ambulatoria y hospitalaria, articulando los recursos de las diferentes EAPBS para el despliegue del modelo de atención de salud distrital, de forma concomitante gestionará ante la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones institucionales pertinentes en procura de la desconcentración de las competencias necesarias para fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control.

Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad deben garantizar para sus afiliados los servicios en la misma localidad de residencia para el cumplimiento de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia, o bien con su propia red de prestación de servicios de salud o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

Parágrafo. Para su cumplimiento se realizará la georreferenciación de oportunidad y acceso a servicios de salud, con adscripción de la población a IPS y/o ESE en su localidad. Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad deben garantizar la atención en salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia o bien con su propia infraestructura o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

Cordialmente,

ANA TERESA BERNAL MONTAÑEZ

Concejala de Bogotá D. C.
Colombia Humana – UP.

7. PROPUESTA DE ARTICULADO PROYECTO DE ACUERDO

PROYECTO DE ACUERDO No. 108 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE CUIDADO A LA MUJER GESTANTE DURANTE LA EXPERIENCIA DEL PARTO DESDE EL ENFOQUE DEL PARTO HUMANIZADO E INTERCULTURAL, EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

El Concejo de Bogotá D. C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confieren el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

A C U E R D A

Artículo 1°. Objeto – El presente Acuerdo tiene como finalidad establecer los lineamientos de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado e intercultural en el sistema de salud de la ciudad de Bogotá D. C., cumpliendo los estándares y su implementación como mecanismo para garantizar los derechos humanos, el trato digno y su protagonismo en el proceso de parto; reducir riesgos, hábitos de irrespeto, maltrato y discriminación.

Artículo 2°. Enfoque del Parto Humanizado. Se comprende desde la perspectiva que las mujeres son el sujeto protagonista de su proceso de parto, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta manera se pretende tomar en cuenta de forma explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de cuidado durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Artículo 3°. Enfoque intercultural. Pretende identificar y erradicar las barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud; reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres residentes en Bogotá, con sus demandas y expectativas, así como enriquecer el cuidado de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio, reconoce el saber de la Partería ancestral, Indígena, Negra, Afrocolombiana, Raizal, Palanquera, Rrom o Gitano y urbanos; también el soporte emocional, espiritual y físico que brindan las Doulas, a las mujeres; igualmente, de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Artículo 4°. Estándares recomendados para el cuidado de la mujer gestante, bajo el enfoque del Parto Humanizado e intercultural. Adoptar la siguiente categoría de recomendaciones OMS, para los cuidados durante el parto, generando una experiencia de parto positiva.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento.		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
Periodo de dilatación.		
Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: — La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. — El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin	Recomendado

	<p>embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.</p>	
Progreso del período de dilatación	<p>7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.</p>	No recomendado
	<p>8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica</p>	No recomendado
	<p>9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.</p>	No recomendado
Política de ingreso en la sala de parto	<p>10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.</p>	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	<p>11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.</p>	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	<p>12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.</p>	No Recomendado
	<p>13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de</p>	Recomendado

	Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado

trabajo de parto		
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto	No recomendado
Líquidos intravenosos	32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
Periodo expulsivo.		
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado

anestesia peridural)		
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles	Recomendado
Episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión en el fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento.		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP)	Recomendado
	43. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg)	Recomendado
Pinzamiento tardío del	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del	Recomendado

cordón umbilical	nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé	
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica	No recomendado
Atención del Recién nacido.		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia)	Recomendado
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día	Recomendado
Atención a la mujer tras el nacimiento.		

Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. . Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento	Recomendado

Artículo 5°. Preparación técnica, conceptual y práctica en el cuidado de la mujer gestante, dirigida al equipo interdisciplinario que labora en salas de parto, con enfoque en el Parto Humanizado. El Distrito Capital, desarrollará procesos de aprendizaje experiencial con instituciones acreditadas a todo el personal que labora en salas de parto, de tal forma que tenga las herramientas para poner en práctica los lineamientos de enfoque del Parto Humanizado y las garantías plenas de derechos humanos y trato digno a la mujer gestante.

Parágrafo. Parámetros de la certificación. La certificación debe ser expedida por instituciones de educación acreditadas en alta calidad, que ofrezca cursos teórico prácticos, bajo la metodología de aprendizaje experiencial basado en simulación clínica y que su contenido esté en línea con las recomendaciones OMS.

Artículo 6°. Armonización intercultural de los escenarios de parto. El Distrito a través de la coordinación interinstitucional, bajo directrices de la Secretaría Distrital de Salud, desarrollará la vinculación de los saberes ancestrales y prácticas empíricas de grupos étnicos asentados en Bogotá

D. C., respetando sus “*usos y costumbres*”, para fortalecer la estrategia de cuidado a la mujer gestante con enfoque intercultural.

Parágrafo 1°. Se entiende por Partero (a), a un hombre o mujer que, con su experiencia ancestral transmitida de generación en generación, es sabedor de gran conocimiento empírico desde la oralidad y lo práctico, lo cual le permite ejercer el oficio de la partería, cuidando a las mujeres y su familia, antes, durante y después de la gestación.

Parágrafo 2°. Se entiende por Doulas, al hombre o mujer que acompaña a otras mujeres antes, durante y después de la gestación, brindando información, apoyo emocional y físico durante el proceso de parto.

Parágrafo 3°. Las personas descritas en los párrafos anteriores, podrán ser vinculadas bajo la figura de voluntariado o remuneración, para apoyar la implementación de los lineamientos de cuidado a la mujer gestante, acompañando y brindando soporte, emocional y físico, durante el trabajo de parto y parto.

Artículo 7°. Implementación gradual de este Acuerdo. Bajo la Coordinación de la Secretaría Distrital de Salud, el Distrito organizará la implementación de este Acuerdo en toda la red pública de la ciudad, para que de manera gradual *los lineamientos de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado*, queden implementados en su totalidad al culminar la vigencia del actual Plan de Desarrollo establecido en el Acuerdo 761 de 2020.

Artículo 8°. Inspección. La Secretaría Distrital de Salud como entidad vigilante de los servicios de salud en el Distrito, debe realizar las visitas de inspección no advertidas, para verificar el cumplimiento de lineamientos establecidos en este Acuerdo.

Artículo 9°. Comisión de seguimiento y evaluación intersectorial. La Secretaria Distrital de Salud en el marco de su misionalidad y competencias, coordinará la conformación de una comisión intersectorial, incluidos el sector académico público y privado, para desarrollar el correspondiente seguimiento, evaluación y recomendaciones a la implementación de este Acuerdo.

Así mismo, se debe entregar cada seis (6) meses un informe al Concejo de Bogotá D. C., donde se demuestren los avances específicos.

Artículo 10°. Guía de cuidado. La Secretaria Distrital de Salud, diseñará y/o actualizará la guía para el cuidado de la mujer gestante con enfoque de Parto Humanizado e intercultural, que establezca para el área hospitalaria o centros de atención de parto en el Distrito Capital, los lineamientos básicos para el cuidado de la mujer gestante durante la experiencia del parto, teniendo en cuenta la inclusión del plan de parto en la historia clínica, el uso de terapias alternativas fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible, para el manejo del dolor de parto como: aromaterapia, esferodinamia, musicoterapia y masajes; en la misma, se reconoce la figura del acompañante de la familia elegido por la mujer.

Artículo 11°. Dotaciones mobiliarias. En el marco del Plan Distrital de Salud y demás programas del sector salud, la administración distrital realizará la dotación complementaria (mobiliaria) en la red pública de salud, para la implementación de la estrategia de Parto Humanizado.

Artículo 12°. Gestión y articulación. La Secretaria Distrital de Salud, consolidará un plan de gestión para la implementación de este Acuerdo, con el apoyo de organismos e instituciones internacionales y nacionales, de derecho público y privado, los sectores académicos, entre otras, para la puesta en marcha de *los lineamientos de cuidado a la mujer gestante durante la experiencia del parto desde el enfoque del Parto Humanizado.*

Artículo 13°. Vigencia. El presente Acuerdo, rige a partir de la fecha de su sanción y publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO No. 109 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE DICTAN LINEAMIENTOS Y SE ORDENA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL CREAR UN PLAN DE PROTECCIÓN Y EJECUTAR ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (ESCNNA) ASOCIADA AL TURISMO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

OBJETO DEL PROYECTO

La iniciativa presentada a consideración del Concejo de Bogotá, tiene por objeto dictar los lineamientos y se ordena a la administración distrital crear un Plan de protección y ejecutar acciones afirmativas para prevenir y eliminar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA) asociada al turismo en la ciudad de Bogotá.

Lo anterior, con el fin de garantizar a la población infantil y adolescente de la ciudad, que en la actualidad es utilizada para turismo sexual, se le brinden condiciones de vida dignas, acceso a la educación, a la salud y la recreación; como alternativas para su desarrollo personal, readaptación social, un futuro mejor, mediante el apoyo intersectorial y de la empresa privada del sector turístico y hotelero.

FUNDAMENTO NORMATIVO DE LA INICIATIVA

La Constitución Nacional en el artículo 2º, dispone que dentro de los fines del Estado se encuentra expresa la obligación para las autoridades de la República de proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Igualmente, la carta magna establece en el artículo 5 que el Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Por otro lado, el artículo 13 es claro al disponer que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y recibirán la misma protección y trato de las autoridades, al igual que se gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

Establece igualmente que el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y **adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados**, garantizando la protección de aquellas que se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta, concluyendo la norma que se sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

En cuanto a los derechos fundamentales prevalentes para la población infantil, especialmente se consagra en el artículo 44, que los niños y niñas serán protegidos contra toda forma de abandono,

violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos; reiterando que el Estado tiene la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

La norma en cita indica que cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Por otro lado, la Ley 679 DE 2001, por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución, dispone:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. Esta ley tiene por objeto dictar medidas de protección contra la explotación, la pornografía, el turismo sexual y demás formas de abuso sexual con menores de edad, mediante el establecimiento de normas de carácter preventivo y sancionatorio, y la expedición de otras disposiciones en desarrollo del artículo 44 de la Constitución.

En cuanto al ámbito de aplicación, determina que a esta norma “se sujetarán las personas naturales y jurídicas de nacionalidad colombiana, o extranjeras con domicilio en el país, cuya actividad u objeto social tenga relación directa o indirecta con la comercialización de bienes y servicios a través de redes globales de información, los prestadores de servicios turísticos a los que se refiere el artículo 62 de la Ley 300 de 1996 y las demás personas naturales o jurídicas de nacionalidad colombiana, o extranjeras con domicilio en el país, que puedan generar o promover turismo nacional o internacional”. (Subrayo)

La norma ratifica que también están sujetas a estas disposiciones las “personas naturales que, teniendo su domicilio en el exterior, realicen por sí mismas o en representación de una sociedad las actividades a las que hace referencia el inciso primero del presente artículo, siempre que ingresen a territorio colombiano”.

Indica la norma en comentario que “en virtud de la cooperación internacional, el Gobierno Nacional incorporará a los tratados y convenios internacionales que celebre con otros países el contenido de la ley 679 de 2001, a fin de garantizar su aplicación y pueda extenderse a personas naturales o jurídicas extranjeras, domiciliadas en el exterior, cuyo objeto social sea la comercialización de bienes y servicios a través de redes globales de información y los prestadores de servicios turísticos”.

En el artículo 7 de la Ley 679 de 2001, expresa en cuanto a las prohibiciones para los proveedores o servidores, administradores y usuarios de redes globales de información, que:

Art. 7º- Los proveedores o servidores, administradores y usuarios de redes globales de información, no podrán:

1. Alojar en su propio sitio imágenes, textos, documentos o archivos audiovisuales que impliquen directa o indirectamente actividades sexuales con menores de edad.
2. Alojar en su propio sitio material pornográfico, en especial en modo de imágenes o videos, cuando existan indicios de que las personas fotografiadas o filmadas son menores de edad.

3. Alojar en su propio sitio vínculos o links, sobre sitios telemáticos que contengan o distribuyan material pornográfico relativo a menores de edad.

En cuanto a las sanciones administrativas establece que el Ministerio de Comunicaciones tomará medidas a partir de las denuncias formuladas, y sancionará a los proveedores o servidores, administradores y usuarios responsables que operen desde territorio colombiano, sucesivamente de la siguiente manera:

1. Multas hasta de 100 salarios mínimos legales vigentes.
 2. Cancelación o suspensión de la correspondiente página electrónica.
- Para la imposición de estas sanciones se aplicará el procedimiento establecido en el Código Contencioso Administrativo con observancia del debido proceso y criterios de adecuación, proporcionalidad y reincidencia.

El Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006, desarrolla especialmente en el artículo 1, los preceptos constitucionales mencionados, indicando que la norma tiende a garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Resaltando la prevalencia del reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Igualmente desarrolla la norma en el Artículo 7°. La Protección integral, entendida esta como el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

Indicando el Código que esta protección integral se materializa mediante el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, **distrital** y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos. (Subrayo)

Todas las disposiciones se orientan a materializar el Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes, concebido como imperativo a todas las personas dentro del territorio nacional, especialmente en la ciudad de Bogotá, a garantizar la satisfacción integral sus derechos, que se caracterizan por ser universales, prevalentes e interdependientes, acorde con la Constitución Nacional, la Ley, Acuerdos y tratados internacionales, etc...

Dispone la legislación que los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra la violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad.

La legislación colombiana, ha consagrado especialmente el derecho a la integridad personal de los niños, niñas y adolescentes; para ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico.

Consagra la normatividad específicamente el derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario; y nos ocupa especialmente en este acápite de la creación de la iniciativa normativa que presento a consideración de la corporación, la eliminación y prevención de todo maltrato o explotación sexual, incluidos los

actos sexuales abusivos y prostitución y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña y adolescentes.

Igualmente la Ley 1336 de 2009, por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes, dispone la “*Autorregulación en servicios turísticos y en servicios de hospedaje turístico*” y los establecimientos que presten el servicio de hospedaje no turístico” la obligación de adoptar, fijar en lugar público y actualizar cuando se les requiera, códigos de conducta eficaces, que promuevan políticas de prevención y eviten la utilización y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en su actividad.

Ordena la ley igualmente que las autoridades distritales y municipales realizarán actividades periódicas de inspección y vigilancia; y que en caso de encontrar incumplimiento deberán remitir la información al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y la Superintendencia de Industria y Comercio, según el caso.

Las disposiciones descritas involucran igualmente a las aerolíneas que deberán implementar reglamentos para su autorregulación para promover políticas claras y efectivas de prevención que eviten la utilización y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en su actividad.

El mandato legal determina la adhesión a los códigos de conducta que deben hacer los prestadores de servicios turísticos, asignándole competencia al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo para exigir a los prestadores de servicios turísticos la inscripción en el Registro Nacional de Turismo, indicando que esta adhesión debe hacerse en los plazos y condiciones establecidos para la primera actualización del Registro; teniendo como consecuencia que la no adhesión a los códigos de conducta por parte de los prestadores impedirá que el Ministerio realice la correspondiente inscripción o actualización.

Uno de los avances en esta materia y que es importante destacar es la participación que se incluye no sólo de los prestadores de servicios turísticos, sino también de los sectores comerciales asociados al turismo, para que con el apoyo de ICBF se integren a las actividades a fin de asegurar la articulación de las estrategias con el Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes.

Es importante destacar que nuestra legislación prevé además las reglas que gobiernan la extinción de dominio que se aplica a los hoteles, pensiones, hostales, residencias, apartahoteles y a los demás establecimientos que presten el servicio de hospedaje, cuando tales inmuebles hayan sido utilizados para la comisión de actividades de utilización sexual de niños, niñas y adolescentes; reafirmando que una vez culminado el proceso de extinción, se deberán destinar a la financiación del Fondo contra la Explotación Sexual de Menores.

Existe la obligatoriedad para que toda aerolínea nacional y extranjera informe a sus pasajeros, que en Colombia existen disposiciones legales que previenen y castigan el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.

Los avances normativos en cuanto a los criterios de clasificación de páginas en Internet con contenidos de pornografía infantil y las acciones de cooperación internacional, para que las autoridades puedan definir y actualizar los criterios sobre tipos y efectos de la pornografía infantil; así como asegurar la actualidad de los marcos tecnológicos de acción, la renovación de las

recomendaciones para la prevención y la idoneidad y eficiencia de las medidas técnicas y administrativas destinadas a prevenir el acceso de niños, niñas y adolescentes a cualquier modalidad de información pornográfica contenida en Internet o cualquier otra red global de información; como lo dispone la ley que hemos venido analizando.

En cuanto a la legislación punitiva y sancionatoria frente a la explotación sexual infantil y adolescente y almacenamiento e intercambio de pornografía infantil, se dispone, Ley 1336 de 2009: ²³

Artículo 23. Turismo sexual. El artículo 219 de la Ley 599 de 2000 recupera su vigencia, y quedará así:

Turismo sexual. El que dirija, organice o promueva actividades turísticas que incluyan la utilización sexual de menores de edad incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

La pena se aumentará en la mitad cuando la conducta se realizare con menor de doce (12) años.

Artículo 24. El artículo 218 de la ley 599 quedará así:

Artículo 218. Pornografía con personas menores de 18 años. El que fotografíe, filme, grabe, produzca, divulgue, ofrezca, venda, compre, posea, porte, almacene, trasmita o exhiba, por cualquier medio, para uso personal o intercambio, representaciones reales de actividad sexual que involucre persona menor de 18 años de edad, incurrirá en prisión de 10 a 20 años y multa de 150 a 1.500 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Igual pena se aplicará a quien alimente con pornografía infantil bases de datos de Internet, con o sin fines de lucro.

La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima.

Artículo 25. Vigilancia y Control. La Policía Nacional tendrá además de las funciones constitucionales y legales las siguientes:

Los comandantes de estación y subestación de acuerdo con su competencia, podrán ordenar el cierre temporal de los establecimientos abiertos al público de acuerdo con los procedimientos señalados en el Código Nacional de Policía, cuando el propietario o responsable de su explotación económica realice alguna de las siguientes conductas:

1. Alquile, distribuya, comercialice, exhiba, o publique textos, imágenes, documentos, o archivos audiovisuales de contenido pornográfico a menores de 14 años a través de internet, salas de video, juegos electrónicos o similares.

²³ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36877#3>

2. En caso de hoteles, pensiones, hostales, residencias, apartahoteles y demás establecimientos que presten servicios de hospedaje, de acuerdo con los procedimientos señalados en el Código Nacional de Policía, se utilicen o hayan sido utilizados para la comisión de actividades sexuales de/o con niños, niñas y adolescentes, sin perjuicios de las demás sanciones que ordena la ley.
3. Las empresas comercializadoras de computadores que no entreguen en lenguaje accesible a los compradores instrucciones o normas básicas de seguridad en línea para niños, niñas y adolescentes.

En el año 2005, mediante la expedición del Acuerdo 152, se creó el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, como cuerpo consultor y asesor encargado de formular políticas que articulen los programas de las entidades responsables en Bogotá D.C.

En el año 2009, se expidió el Acuerdo 365 que creó el Registro Único Distrital para los casos de violencia sexual en el Distrito Capital –RUDPA.

CONSIDERACIONES GENERALES

La Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, instituyó especialmente la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual en Colombia.

De acuerdo con la mencionada Ley corresponde al Gobierno Nacional, la promoción y adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación en cuanto a la visibilidad de la violencia sexual, la promoción de derechos y relaciones equitativas entre los sujetos y la prevención del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, mediante el diseño de estrategias tendientes a sensibilizar, orientar y concientizar acerca de la existencia del abuso sexual y sus consecuencias, y esto se logra brindando herramientas a los niños, niñas y adolescentes que les faciliten su protección, defensa y detección, tendientes a evitar el abuso sexual; igualmente indica que le corresponde dar a conocer de manera eficaz y pedagógica las autoridades e instituciones a las cuales dirigirse en procura de ayuda, entre otras acciones.

Es importante tener en cuenta que : “La Trata de niños, niñas y adolescentes con fines sexuales de acuerdo con el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente de Mujeres y Niños, la trata de personas de manera general se refiere a “la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual (...)” (ONU, 2000, art 3).

Los delitos que se comenten con la trata de niños, niñas y adolescentes son múltiples, ya que es una problemática que en su proceso y su misma naturaleza implica la comisión de varios crímenes por parte de los victimarios. Por tanto, una de las dificultades que rodea este delito es encontrar la culpabilidad de la trata y no de los delitos contenidos de manera individual –abuso y explotación sexual, trabajo forzoso, secuestro, pornografía, entre otros.

La Unicef presenta las definiciones sobre Explotación sexual así:²⁴

Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes., es todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño, niña o adolescente para sacar ventaja o provecho de carácter sexual, basándose en una relación de poder. (*Adaptado de la Declaración del Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Estocolmo, Suecia, junio de 1996*).

La explotación sexual comercial supone la utilización de las personas menores de 18 años de edad para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y adolescente, utilización de niños, niñas y adolescentes en espectáculos sexuales, donde exista además un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero intermediario. (*Adaptado de la Declaración del Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Estocolmo, Suecia, junio de 1996*)

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes incluye: Las actividades sexuales o eróticas remuneradas con personas menores de edad: no se restringe a las relaciones coitales, sino que incluye también cualquier otra forma de relación sexual o actividad erótica que implique acercamiento físico-sexual entre la víctima y el explotador.

La pornografía infantil y adolescente: incluye las actividades de producción, distribución, divulgación por cualquier medio, importación, exportación, oferta, venta o posesión de material en el que se utilice a una persona menor de dieciocho años o su imagen en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas o la representación de sus partes genitales con fines primordialmente sexuales o eróticos.

Los espectáculos sexuales: consisten en la utilización de personas menores de edad, con fines sexuales o eróticos en exhibiciones o en espectáculos públicos o privados. (*Hojas Informativas de la Reunión de Seguimiento del II Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes –América Latina y el Caribe-, San José, Costa Rica, mayo 2004*)

Explotador. Es tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación a un tercero como al que mantiene la misma con el niño, niña o adolescente, no importa si con carácter frecuente, esporádico o permanente. El carácter de explotador está dado por el ejercicio sistemático del poder para doblegar la voluntad del otro a los efectos de que satisfaga sus intereses, en este caso de carácter sexual.

²⁴ <http://www.unicef.org/lac/1.conceptosbasicos.pdf>

Igualmente hace las siguientes precisiones en cuanto a cliente- explotador sexual, proxeneta e intermediario:

Cliente-explotador. Es la persona que paga o promete pagar a un niño, niña o adolescente, o a un tercero, para que esa persona menor de edad realice actos sexuales directamente con ella. Este acto lleva implícita la mercantilización y cosificación del cuerpo de una persona para la realización de una actividad sexual a cambio de un valor económico. Por ello, se considera una actividad de aprovechamiento, utilización y explotación sexual en perjuicio de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

Proxeneta. Es la persona o grupo de personas que utiliza(n) a niños, niñas y adolescentes para que éstas realicen actividades sexuales a cambio de una remuneración económica o ventaja económica.

Intermediario. Es la persona que realiza actividades para contactar a “clientes explotadores” con el proxeneta o con la víctima, o quien, a sabiendas, presta un servicio que permite que este contacto tenga lugar, aunque no reciba a cambio remuneración. La diferencia con el proxeneta y con el explotador sexual es que el intermediario colabora para que el proxeneta y el explotador sexual realicen la actividad delictiva, lo que le hace cómplices de un delito. *(Adaptado de Explotación Sexual Comercial, Contenidos mínimos en materia de penalización de la explotación sexual comercial de personas menores de edad, según las normas internacionales, OIT/IPEC, 2004)*

En cuanto al Turismo sostenible y sexual, define:

Turismo sostenible, es la vía para la gestión turística de forma que se puedan satisfacer las necesidades económicas largo plazo, a la vez que reporten a todos los agentes unos beneficios socioeconómicos; se respete la identidad sociocultural de las comunidades anfitrionas; y se haga un uso óptimo de los recursos ambientales y los sistemas que sostienen la vida. *(Contribuciones de la Organización Mundial del Turismo a la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo, 2002).*

Turismo sexual con niños, niñas y adolescentes. Es la explotación sexual de los niños, niñas y adolescentes por personas que viajan de sus países de origen a otro, que por lo general es menos desarrollado y percibido como permisivo, para involucrarse en actividades sexuales con niños, niñas y adolescentes de forma anónima e impune. *(La explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y adolescentes: una mirada desde Centroamérica. ECPAT Internacional)*

El 24 de Octubre de 2014, en el Periódico el Heraldo de Cartagena, se registró la noticia titulada “EEUU es el país número uno en consumo de turismo sexual”: ‘Mateo’; en esta nota periodística se hizo referencia Uno de los miembros de la ONG estadounidense Operation Underground Railroad (OUR), quien por su seguridad se hace llamar Mateo, participó en la coordinación de los tres operativos celebrados de manera simultánea, el 11 de octubre pasado, en Cartagena, Medellín y Armenia; estos operativos concluyeron “que desde Estados Unidos, el vicepresidente de Inteligencia

y Misiones Extranjeras de esta organización relata cómo de la mano de Timothy Ballard, ex agente de la CIA y fundador de la ONG, trabaja desde enero de este año en la desarticulación de bandas de explotación sexual de menores”.

Esta ONG lucha en contra de la esclavitud sexual consciente del papel que juega su país en la explotación mundial. “Nosotros en Estados Unidos tenemos una gran responsabilidad porque somos el país número uno en consumo de turismo sexual y con niños. Después están Canadá y Europa occidental”.

Concluye la nota que: “Un estudio publicado hace una década en “Harvard International Review”, advertía de la existencia de 27 millones de esclavos en el mundo. Naciones Unidas reconoce entre las formas de esclavitud moderna los trabajos forzoso e infantil y la trata de personas.”²⁵

El 26 de junio de 2015, en entrevista concedida a Blu Radio, la directora del Instituto Distrital de Turismo²⁶, Dra. Tatiana Piñeros indicó que la problemática de la prostitución infantil en Bogotá es un atractivo para algunos extranjeros que visitan la capital del país. Igualmente manifestó que: “La prostitución no es una línea del turismo”, precisando, además, que el trabajo sexual en la capital al no ser delito desde el IDT no se puede manejar el tema. Sin embargo, “lo que sí es delito es la trata de personas, algo que combatimos, no desde el control y vigilancia en centros de alojamiento y demás, pero sí en conjunto con la Secretaría de Gobierno para que ellos ejerzan control en sitios turísticos de la mano con las alcaldías locales”; señaló que “en 2014 llegaron alrededor de 1’088 .000 turistas extranjeros a Bogotá” y que el 27% de estos provenían de Estados Unidos. Finalmente, invitó a extranjeros y nacionales a hacer de Bogotá un entorno amigable y seguro denunciando ante las autoridades prácticas ilegales.

Lo anterior nos demuestra eficazmente que esta situación tan compleja de explotación sexual con menores está presente en la capital de la República, y si bien no podemos como corporación prohibir este tipo de prácticas en adultos, sí estamos en capacidad de generar acciones afectivas y afirmativas como las planteadas en el proyecto de acuerdo; para que haciendo un esfuerzo mancomunado con las autoridades públicas y el sector privado, logremos erradicar esta práctica en donde se involucran niños, niñas y adolescentes.

La política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes vigente en la ciudad está implementada desde el 2004, desde el gobierno de Luis Eduardo Garzón. Allí, bajo el slogan “Quiéreme bien, quiéreme hoy, porque la niñez se vive una sola vez”²⁷, una realidad intolerable en donde se debía erradicar que esta población sufriera o muriera por causas evitables como la desnutrición, abuso sexual, o se marginaran por condiciones de pobreza o discapacidad, introdujo principios que hoy continúan haciendo eco en la población, y nos permite generar acciones más efectivas para su prevención y eliminación. Por ello, en esta iniciativa nos concentraremos en la erradicación de la explotación sexual en niños, niñas y adolescentes asociada al turismo.

Para la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia C-293/10, determina que las acciones afirmativas están definidas como:

“...todas aquellas medidas, políticas o decisiones públicas a través de las cuales se establece un trato ventajoso, y en cuanto tal formalmente desigual,

²⁵ <http://www.elheraldo.co/local/eeuu-es-el-pais-numero-uno-en-consumo-de-turismo-sexual-mateo-171230>

²⁶ <http://www.bluradio.com/103293/turismo-sexual-preocupante-atractivo-de-bogota-para-visitantes-extranjeros>

²⁷ <http://www.integracionsocial.gov.co/index.php/politicas-publicas/infancia-y-adolescencia>

que favorece a determinadas personas o grupos humanos tradicionalmente marginados o discriminados, con el único propósito de avanzar hacia la igualdad sustancial de todo el conglomerado social.”

Nuestro compromiso con la ciudad va más allá de hacer un control político sobre los recursos, consideramos fundamental que, desde el marco normativo, se impartan directrices concretas a la administración en generación de solución a problemáticas tan complejas como es la explotación sexual infantil y adolescente asociada al turismo en la capital, con énfasis en la población infantil y adolescente que es la más vulnerable y merece especial atención.

Es importante destacar en este contexto el punto de vista que en su momento Unicef, afirmó: “La existencia de los Comités Municipales de Política Social, creados bajo la coordinación del ICBF, mediante los decretos 1137 y 1138 de 1999, es el espacio ideal para llevar a cabo la gestión integral del problema, incorporado a la política global sobre infancia y familia que deben establecer los municipios. En esta instancia participan todas las entidades oficiales y organizaciones sociales del municipio y a través de la planeación de actividades y de la asignación de recursos municipales se puede encauzar de manera racional la labor de prevención del abuso sexual y la promoción del respeto a la dignidad y a los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes en cada municipio. Los resultados esperados se miden en términos reales en los municipios y en las localidades y los consolidados se establecen en los departamentos y finalmente en todo el país.²⁸ ([Derogado por el art. 16, Decreto Nacional 936 de 2013.](#))

Igualmente, este organismo internacional concluyó:

“Desde la convocatoria de ECPAT y UNICEF en el 96, se ha despertado el interés de los Estados por el tema de la venta y el abuso sexual de los niños, las niñas y los adolescentes. Los compromisos son explícitos, el programa de acción de Estocolmo fijó derroteros concretos para organizar la acción nacional y regional para prevenir y erradicar estos flagelos dentro de un sistema de protección integral de la infancia y la familia. Se abrió el camino para incorporar a la sociedad civil organizada en las campañas nacionales. Los Estados cuentan hoy con aliados sociales especializados y con vocación de trabajo para cumplir objetivos y alcanzar metas a corto, mediano y largo plazos.

Después de cinco años de vigencia del programa de acción de Estocolmo se reunió el segundo Congreso en Yokohama el cual aprobó por unanimidad una Declaración que renueva el compromiso de trabajar con mayor intensidad para cumplir con los niños y las niñas del planeta. De acuerdo con el balance de Yokohama los progresos son ante todo institucionales:

Se han adoptado medidas legislativas, algunos países han cumplido con la elaboración de los programas de acción, se han tomado medidas de carácter administrativo contra la utilización de redes virtuales para divulgar pornografía infantil, etc. En el orden internacional se han aprobado dos Protocolos. El Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta, abuso sexual y utilización de niños en la pornografía, y el protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.

²⁸ <http://www.unicef.org/colombia/pdf/crecer2.pdf>

En el aspecto operativo hace falta mucho por hacer como lo reconoce la misma Declaración. Los resultados serán positivos cuando se pueda afirmar que la delincuencia organizada para la prostitución y la pornografía deje de utilizar niños, niñas y adolescentes en esas prácticas o cuando menos sus índices descendan en los órdenes nacional e internacional.

La importancia de esta Agenda Internacional es determinante para garantizar la cooperación internacional en todos los niveles de trabajo: búsqueda de recursos, intercambio de experiencias y de pruebas, extradición, sistemas de identificación de responsables por mecanismos expeditos, sistemas de atención, rehabilitación, tratamiento y retorno de los niños, las niñas y los adolescentes víctimas del abuso sexual a sus hogares, etc.”²⁹

“NORMAS DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO”

Hacemos referencia especialmente, a *End Child Prostitution Pornography and Trafficking in Children for Sexual Purposes ECPAT*.

Inicialmente, esta institución se creó con el nombre de *End Child Prostitution in Asian Tourism* como una de las primeras entidades encargadas de abordar tratamiento de este fenómeno en el nivel regional. En la actualidad la organización amplió su radio de acción para tratar el problema desde la perspectiva internacional y por esa razón optó por su denominación actual. Es la entidad convocante, junto con la UNICEF y otras organizaciones de los dos congresos sobre el tema y se ha propuesto llevar a cabo el monitoreo del Programa de Acción de Estocolmo.

Otro aspecto importante de la Agenda Internacional es el estímulo recibido por la Interpol para ejercer el control y la detención de los responsables de los delitos de abuso sexual de los menores de edad. Esta es la entidad internacional encargada de la investigación y búsqueda de los criminales internacionales. La institución mantiene intercambios y colaboración permanentes con las entidades de control del orden nacional para asegurar mayor efectividad en su trabajo.

Este es el esquema de la agenda internacional para el trabajo contra la venta y el abuso sexual de los niños, las niñas y los adolescentes.

... Los compromisos palabra entregada entre los Estados hay que cumplirlos así no tengan carácter vinculante. Los resultados esperados del Congreso de Estocolmo no fueron satisfactorios. El programa de acción de Yokohama espera que los funcionarios de todos los países se apropien de sus orientaciones y las pongan en práctica para medir sus resultados en los próximos años. Y no olviden, no estamos solos en este compromiso, en estos momentos muchos funcionarios y funcionarias, y organizaciones sociales en el mundo están trabajando para el mismo fin con recursos suficientes unos, con muy pocos otros pero todos con el mismo entusiasmo.”³⁰

Por último destacamos el documento “ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL EN COLOMBIA Una Oportunidad para Garantizar la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes”,³¹ de diciembre de 2015, elaborado por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, la Organización Internacional para las Migraciones – OIM, el Programa de Migración y Niñez, la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y el Observatorio del Bienestar de la Niñez; en el marco del convenio No. 1742 de 2013 suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), con el apoyo de la

²⁹ <http://www.unicef.org/colombia/pdf/crecer2.pdf>

³⁰ <http://www.unicef.org/colombia/pdf/crecer2.pdf>

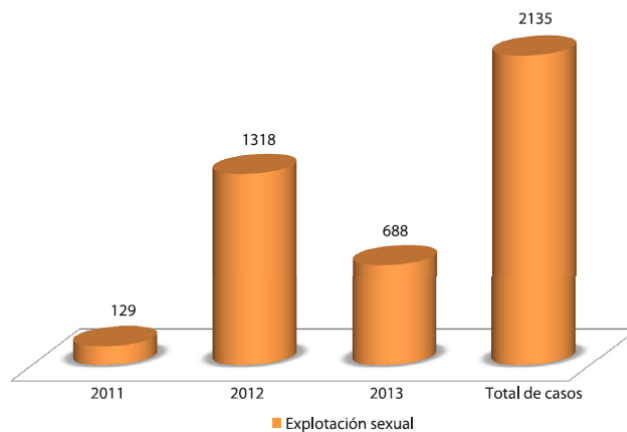
³¹ http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140718_libro_explotacion_sexual_nna.pdf

Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en donde se evidencia la explotación sexual infantil y juvenil así:

“Los casos que ingresan al PARD por motivo de Explotación Sexual Comercial en los cuales se inició una acción administrativa o de otra naturaleza son 2.135 casos entre el 2011 hasta el 30 de septiembre del 2013. Esto representa el 1,94% del total de casos que ingresan al PARD.

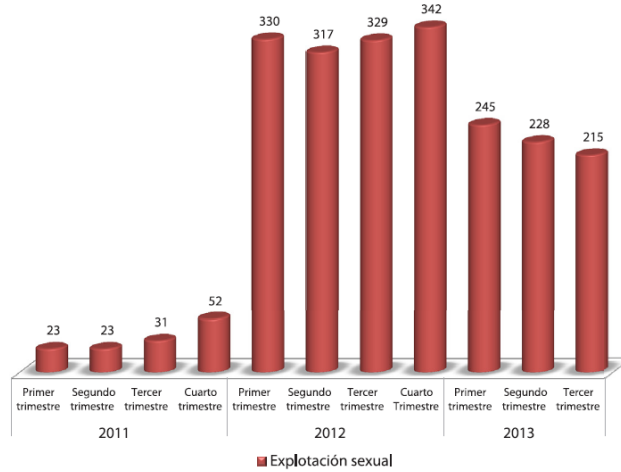
Entre el 2011 hasta el 30 de septiembre del 2013 se ha presentado un notable crecimiento de ingresos al –PARD- por el delito de Explotación Sexual Comercial en Niños, Niñas y Adolescentes. El crecimiento porcentual más alto se presentó entre el 2011 y 2012 con 921,7%, sin embargo, entre el año 2012 hasta 30 de septiembre del 2013 se presentó un decrecimiento del 47,8% (Ver Gráfica N°1).

Gráfica 1. Número de casos que ingresan al PARD por el delito de Explotación Sexual Comercial consolidado desde el 2011 hasta septiembre del 2013, según motivo de ingreso.



“Al realizar una comparación del cambio porcentual entre los tres trimestres del 2011, 2012 y 2013 para el delito de Explotación Sexual Comercial en Niños, Niñas y Adolescentes, se puede distinguir que para el primer trimestre de 2011 y 2012 se evidencia un aumento de 1334,7%, pasando de 23 casos en el 2011 a 330 casos en el 2012. Por su parte, para el primer trimestre del 2012 y 2013 se muestra una disminución porcentual de 25,7% (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Número de casos que ingresan al PARD por el delito de Explotación Sexual Comercial para los trimestres de 2011-2013, según motivo de ingreso.



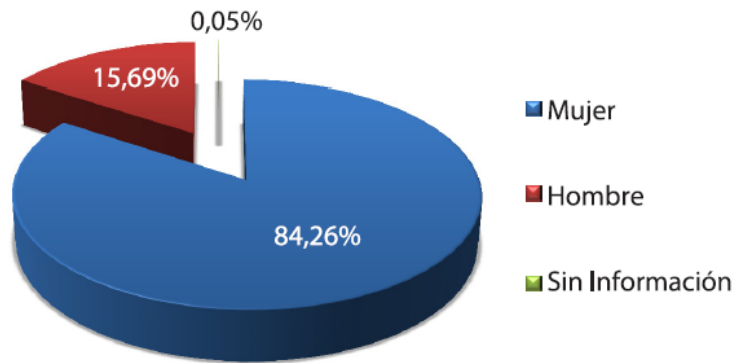
Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF.

Cálculos del Observatorio del Bienestar de la Niñez. Datos consolidados desde el 2011 hasta el 30 de septiembre de 2013

Desagregando según el número de casos que ingresan al PARD³² por el delito de Explotación Sexual Comercial en Niños, Niñas y Adolescentes por sexo entre el 2011 hasta el 30 de septiembre de 2013 se obtiene que: en su gran mayoría son niñas y adolescentes con el 84,26%, el número de ingresos para el sexo femenino es de 1.799 casos, mientras que el 15,69% son niños y adolescentes con un número de ingresos de 335 reportes (Ver Gráfica 3.).

³² PARD: Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos ICBF

Gráfica 3. Porcentaje de ingresos al PARD por el delito de Explotación Sexual Comercial desde el 2011 hasta septiembre del 2013, según sexo.

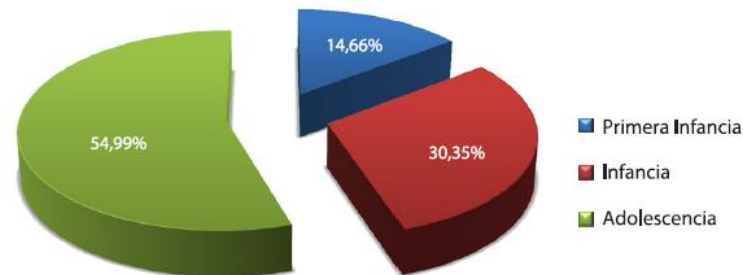


Fuente: Instituto de Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF.
Cálculos del Observatorio del Bienestar de la Niñez. Datos consolidados desde el 2011 hasta el 30 de septiembre de 2013

Respecto a los casos que ingresaron al PARD (previo al proceso de verificación del estado del cumplimiento de los derechos, las diferentes valoraciones y el concepto final para el ingreso), según ciclo de vida, en orden descendente entre 2011 y septiembre de 2013, la Adolescencia que comprende la franja poblacional de 12 a 17 años, fue la principal víctima de Explotación Sexual Comercial, representando el 54,99% de los casos, con 1.174 registros; seguida de la Infancia que corresponde a la franja poblacional de 6 a 11 años, la cual constituye el 30,35% con 648 ingresos; y por último, la primera infancia –referente a la franja poblacional de 0 a 5 años–, representa el 14,66% con 313 registros (Ver Gráfica 5.). Para el presente documento se emplearon los anteriores rangos de edad para el análisis de los ciclos vitales de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia.³³

33 http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140718_libro_explotacion_sexual_nna.pdf

Gráfica 5. Porcentaje de Ingresos al PARD por el delito de Explotación Sexual Comercial desde el 2011 hasta septiembre del 2013, según ciclo de vida.



Fuente: Instituto de Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF. Cálculos del Observatorio del Bienestar de la Niñez. Datos consolidados desde el 2011 hasta el 30 septiembre del 2013

El informe evidenció con respecto a los Centros Zonales- CZ- del ICBF:” (para tener mayor claridad sobre los municipios atendidos por cada CZ (Regionales y Centros Zonales del ICBF por municipios), con mayor número de ingresos al PARD³⁴ por el delito de Explotación Sexual Comercial en su mayoría fueron en Centros Zonales de Bogotá. En general, Donde hubo mayor ingreso fue a través del CZ Montería en Córdoba con 186, seguido por el CZ Tunja en Boyacá con 123, CZ Quibdó en Chocó con 115, CZ Norte Centro Histórico en Atlántico con 114 y CZ Puente Aranda en Bogotá con 75.³⁵

Durante el periodo 2003-2012, la Policía Nacional reportó un total de 1.293 delitos relacionados con la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes a nivel nacional.

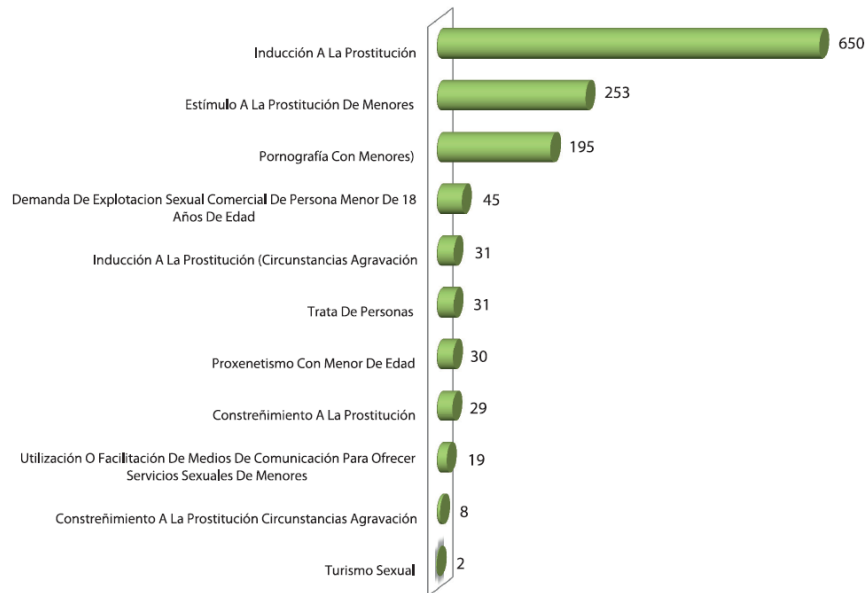
Como se observa en la gráfica 15 la inducción a la prostitución, el estímulo a la prostitución de menores y la pornografía con menores, fueron los delitos con los niveles más altos de ocurrencia con 650, 253 y 195 casos registrados respectivamente.

Estos tres delitos concentraron el 85% de los casos presentados en todo el país relacionados con la ESCNNA durante el periodo ya mencionado.³⁶

³⁴ http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140718_libro_explotacion_sexual_nna.pdf

³⁵ http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140718_libro_explotacion_sexual_nna.pdf

³⁶ http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140718_libro_explotacion_sexual_nna.pdf



Fuente: Policía Nacional –Dirección de Investigación Criminal e Interpol
 Procesado: Consejería Presidencial para los Derechos Humanos

Gráfica 15. Número de delitos sexuales relacionados con la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, registrados en el país durante el periodo 2003-2012, según delito

CONCEPTO DE LA ADMINISTRACIÓN³⁷

Mediante radicado No. 20171700274941 del 10 de agosto del año en curso, la Administración dio a conocer su postura frente a la iniciativa (No. 348 de 2017, tramitado en el periodo de sesiones ordinarias del mes de agosto); en donde se emite **CONCEPTO DE VIABILIDAD**, sintetizado en los siguientes términos:

Secretaría Distrital de Integración Social

Con relación al objeto del proyecto en trámite en el mes de agosto, precisó que la ESCNNA es una realidad, y debe estar asociada no solamente al sector turismo, precisando que la **Política Pública de Infancia y Adolescencia**, en el eje “Niños Niñas y Adolescentes en ciudadanía plena”, comprende la ESCNNA dentro de las “situaciones que inobservan, amenazan o vulneran la realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes”, como un delito que ocurre en diferentes modalidades.

Indica el concepto referido que esta política pública de la ciudad cuenta con el CODIA (Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia), reglamentado en la Resolución 1613 de 2011 y con el Consejo Distrital de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual y Explotación Sexual y tiene como función la gestión interinstitucional para el desarrollo de acciones de promoción,

³⁷ Comentarios de la Administración Distrital para primer debate al Proyecto de Acuerdo 181 de 2017. Radicado 2017ER 9720

divulgación de los derechos de la población objeto de esta iniciativa y la coordinación de planes de prevención y rutas de atención para combatir estos delitos.

Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud IDIPRON

Esta entidad indica que es necesario que se establezcan con claridad las acciones afirmativas para eliminar la brecha de desigualdad que sufren las víctimas de ESCNNA; por otro lado, precisa que han asumido la secretaría técnica de la Mesa Distrital contra esta conducta y desde su experiencia y conocimiento; aportan los siguientes elementos que permitirán una articulación con las Entidades Distritales y se lograr la abolición de estas prácticas que los afecta, en donde destacamos según lo expresado en la ponencia positiva del acuerdo referido, lo siguiente:³⁸

1. Es importante garantizar la continuidad en la formación de los NNA que son atendidos en las Unidades de Protección, con el objetivo de que puedan iniciar con su proyecto de vida.
2. Se les deben brindar cupos en instituciones públicas para carreras técnicas y profesionales.
3. Se debe garantizar la afiliación al sistema de salud para los NNA y el acceso a los diferentes programas y exámenes especializados en esta área.
4. Priorización de cupos en colegios Distritales
5. Inclusión y articulación con las familias de las víctimas de ESCNNA, para que la cobertura y efectividad en la atención sea veraz
6. Promover cursos productivos extraescolares
7. Que la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia se articule con la Fiscalía General de la Nación para obtener presteza en los procesos penales de cada Niño, Niña y adolescente.

Si bien son fundamentales los aportes presentados por los ponentes en la iniciativa que se presentaron en el anterior periodo de sesiones, resulta pertinente mantener el espíritu esencial de la iniciativa en lo que hace relación al **ESCNNA asociado al turismo**, por lo cual, acogiendo las propuestas, presentamos un ajuste al articulado que consolida, tanto el querer de la administración, como de lo sugerido por los éstos como indica a continuación.

Secretaría Distrital de Gobierno y Desarrollo Económico

Manifiestan en su concepto que: “En el marco del turismo responsable se recuerda que es inadmisibles *tolerar* que el desarrollo del turismo pueda ser utilizado como instrumento para promover la explotación sexual comercial de las personas menores de edad. Por lo anterior, es el Instituto Distrital de Turismo (IDT) a quien le compete asumir el compromiso establecido en la Convención sobre los

³⁸ Ponencia concejal Jairo Cardozo al P.A. 348 DE 2017

Derechos del Niño de 1991, y el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía en el 2002.

En ese sentido, el IDT propuso el desarrollo de una intervención integral en la que se involucra, no solo al sector público, sino también al privado, a la sociedad civil y a la comunidad, tomando como elemento fundamental el cumplimiento de la legislación nacional y el fortalecimiento de los prestadores de servicios turísticos para que asuman la corresponsabilidad de garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, particularmente en lo que refiere a la protección contra la violencia, abuso y explotación.

Se solicita se excluya a la Secretaría Distrital de Gobierno del artículo 3, con base en los siguientes argumentos:

“La Secretaría Distrital de Gobierno por virtud de sus funciones y competencias definidas en el Decreto Distrital 411 de 2016, a través de la Dirección de Derechos Humanos y la mitigación del riesgo, por medio de estrategias de formación, en las que pueden verse beneficiados y beneficiadas los niños, niñas y jóvenes, su competencia en materia de atención se limita a la articulación interinstitucional y debido seguimiento a los casos”.

Así las cosas, se ajusta el articulado, no excluyendo, manteniendo el acompañamiento que hará esta entidad en el desarrollo del acuerdo acorde con su misionalidad.

Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia

Expresa la viabilidad de la iniciativa, indicando que de acuerdo con las actividades de apoyo y fortalecimiento a la investigación y judicialización de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes que viene adelantando la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, esta considera importante **incluir el sector administrativo de seguridad, convivencia y justicia**, creado a través del Acuerdo Distrital 257 de 2006 y se dictan otras disposiciones”. Lo anterior, en virtud de que, para la materialización de estas acciones, esta Secretaría cuenta con un equipo de búsqueda activa contra el delito de trata de personas, explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes y delitos conexos.

Con fundamento en lo anterior, se acoge la solicitud de esta entidad, incluyéndola en el articulado propuesto, además estableciendo un lineamiento, con relación a la garantía “al acceso a la Justicia de los menores y adolescentes víctimas, de manera que por cada hecho se pueda dar la debida investigación y judicialización, se garantice el esclarecimiento de los hechos y la no repetición de ellos, en los términos expresados por la administración.

IMPACTO FISCAL

Dispone expresamente el artículo 7º de la ley 819 de 2003; que:

Artículo 7º. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene

gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo...

Así las cosas, debemos expresar que esta iniciativa no genera gasto o impacto fiscal, ni implica la apropiación de recursos adicionales a los sectores y entidades responsables de su implementación; como se ratifica en el Concepto de la administración, en donde se expresa, por la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico: “Dado que el IDT tiene entre sus funciones fomentar la industria del turismo en Bogotá D.C. convirtiendo la ciudad en destino turístico sostenible y que desde la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico se viene ejecutando acciones transversales de fortalecimiento empresarial de las actividades comerciales, empresariales y de turismo del Distrito Capital, consideramos que la iniciativa **no genera impacto adicional en el presupuesto**” (subrayamos)

El fin propuesto en el acuerdo se orienta especialmente a garantizar que la administración distrital y la corporación; lideremos y posicionemos a Bogotá como un destino turístico amigable con los niños, niñas y adolescentes, libre de cualquier asomo de explotación sexual.

Con el deseo de lograr el apoyo de los honorables concejales y agradeciendo el esfuerzo y acompañamiento de los ponentes al proyecto de acuerdo anterior, acogemos e integramos las modificaciones propuestas, por una ciudad más eficaz en la protección de nuestros niños, niñas y adolescentes, que vienen siendo utilizados para explotación sexual, con un gran auge en turismo, como lo evidencian las cifras presentadas.

Cordialmente;

GLORIA DÍAZ MARTÍNEZ
Concejal de Bogotá

NELSON CUBIDES SALAZAR
Concejal de Bogotá

PEDRO JULIAN LÓPEZ SIERRA
Concejal de Bogotá

Proyectó y Elaboró Pedro Amaya – Asesor 06

PROYECTO DE ACUERDO No. 109 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE DICTAN LINEAMIENTOS Y SE ORDENA A LA ADMINISTRACIÓN DISTRITAL CREAR UN PLAN DE PROTECCIÓN Y EJECUTAR ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (ESCNNA) ASOCIADA AL TURISMO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto Ley 1421 de 1993, especialmente las contenidas en el artículo 12 Numeral 1.

ACUERDA

Artículo 1. Lineamientos: Las Entidades públicas vinculadas a la protección y prevención de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes – ESCNNA, progresivamente adelantarán acciones afirmativas, asociadas al turismo, con observancia de los siguientes lineamientos:

- a) Difundir y fortalecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes y los mecanismos que les permitan su exigibilidad, a través de la visibilidad en redes, grupos, colectivos y organizaciones sociales que garanticen su empoderamiento y ejercicio pleno para mejorar las condiciones de vulnerabilidad que los afectan.
- b) Implementar un Plan de Protección para eliminar la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes -ESCNNA-, asociada al turismo, acorde con su misionalidad, bajo la coordinación de la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud IDIPRON, con el acompañamiento de la Secretaría Distrital de Gobierno, Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Seguridad, y el Instituto Distrital de Turismo – IDT, con énfasis en la población más vulnerable.
- c) Promover la participación de las instancias locales vinculadas en la implementación de las acciones afirmativas que garanticen la promoción en la eliminación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes – ESCNNA-, asociada al turismo.
- d) Promover la participación en la planeación e implementación de acciones afirmativas que propendan por la eliminación de la Explotación Sexual Comercial asociada al turismo.
- e) Garantizar el acceso a la justicia de menores y adolescentes víctimas Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes – ESCNNA.

Artículo 2º. ACCIONES AFIRMATIVAS. Corresponde al Distrito Capital, ejecutar acciones afirmativas para prevenir y eliminar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA) asociada al turismo; mediante la implementación de estrategias entre entidades públicas y privadas del sector turístico y hotelero, que garanticen la erradicación de estas prácticas en la ciudad

Artículo 3º. AJUSTES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. La Administración Distrital evaluará y establecerá los ajustes que resulten necesarios a las Políticas Públicas para la atención a los niños, niñas y adolescentes, con el fin de incluir la protección integral en materia de prevención y eliminación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes(ESCNNA) asociada al turismo.

Artículo 4º. ENTIDADES EJECUTORAS. La Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud IDIPRON, con el acompañamiento de la Secretaría Distrital de Gobierno, Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Seguridad, y el Instituto Distrital de Turismo – IDT, acorde con su misionalidad, apoyarán el diseño e implementación de un Plan de Protección para los niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad para eliminar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA) asociada al turismo.

PARÁGRAFO. La administración distrital podrá solicitar el acompañamiento y asesoría de la Policía Nacional y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá y/ o las entidades que hagan sus veces para el diseño del Plan de Protección referido.

Artículo 5º. Modifíquese el Artículo 1 del Acuerdo 365 de 2009, el cual quedará de la siguiente forma:

Artículo 1. REGISTRO UNICO DISTRITAL PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL DISTRITO CAPITAL –RUDPA- Créase el *Registro Único Distrital para los casos de Violencia Sexual en el Distrito Capital –RUDPA-* como un sistema de información cuyo objeto es consolidar la información sobre delitos sexuales en general y sobre el número de condenas proferidas por los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual de niñas, niños y adolescentes en particular. Teniendo en cuenta las localidades, número y descripción de caso, atención ofrecida y efectivamente recibida, seguimiento a las niñas, niños y adolescentes víctimas, indicando si se relaciona con el turismo sexual.

Como resultado de convenios interinstitucionales se obtendrá información que permita caracterizar estos delitos y formular políticas públicas de prevención y atención.

Artículo 5. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y modifica en lo pertinente el Acuerdo 365 de 2009.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE