



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

AÑO III N°. 3319 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO ENERO 28 DEL AÑO 2022

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO N° 112 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS GENERALES Y ESTRATÉGICOS PARA LA ATENCIÓN PRIORITARIA Y DIGNA EN RELACIÓN AL PARTO RESPETADO Y HUMANIZADO DE LA MUJER Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2362
PROYECTO DE ACUERDO N° 113 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE RENUEVA EL PLAN DISTRITAL DEL AGUA EN BOGOTÁ D.C.”.....	2384

PROYECTO DE ACUERDO N° 112 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS GENERALES Y ESTRATÉGICOS PARA LA ATENCIÓN PRIORITARIA Y DIGNA EN RELACIÓN AL PARTO RESPETADO Y HUMANIZADO DE LA MUJER Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. OBJETO DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto definir lineamientos, fomentar, promover e implementar la atención prioritaria para la mujer en el momento del trabajo de parto, así mismo, garantizar el bienestar físico, emocional y psicológico tanto de la madre como del recién nacido, el fin ultimo se basa en que la experiencia del nacimiento sea un momento especial y en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea la protagonista de su propio parto con todas las condiciones adecuadas para un parto digno, respetado y humanizado.

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El parto humanizado o parto respetado **es una modalidad de atención del parto** caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando

su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Este tipo de partos reduce los nacimientos sobremedicados, empoderando a las mujeres y los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el parto.¹

Ahora bien, Humanizar un parto implica garantizar que la madre no tenga dolor, pues éste es su principal miedo. Frente al dolor se descompensa, no puede pensar con claridad y mucho menos disfrutar el nacimiento. **Para que la experiencia del parto sea poco dolorosa, es necesario prepararse desde el punto de vista familiar, emocional y físico, lo que incluye citas con psicología, curso psicoprofiláctico, ejercicios de respiración, preparar el piso pélvico, conocer y asumir la lactancia, entre otros factores. Para esto es necesario asesorarse con las personas idóneas sobre el parto y sus implicaciones, de manera responsable.**²

El parto humanizado, es el procedimiento en donde se priorizan las necesidades de la paciente y se reconoce a los padres como los protagonistas del proceso para que el personal de salud realice las mínimas intervenciones. Asimismo, se involucra a la pareja y a la familia en el nacimiento del bebé. En la Unidad de Cuidado Obstétrico donde la paciente es atendida con el principio TPR, es decir, que ese espacio está acondicionado para realizar el trabajo de parto, parto y recuperación tanto de la madre como de su hijo. Calderón, (2017).

La humanización de la atención al parto va más allá de los protocolos, los cursos de Medicina basada en la evidencia científica y Perinatología, del Programa de Psicoprofilaxis o el de maternidad y paternidad responsables; significa el conjunto de elementos necesarios, basados en los conocimientos científico/tecnológicos, las actitudes y convicciones , para lograr que el proceso del parto constituya un acontecimiento trascendental en la vida de la mujer, con el cúmulo de sensaciones, percepciones y sentimientos mediados mayoritariamente por la autorrealización personal y la satisfacción de sus necesidades humanas.³

¹ <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>

² <https://valledellili.org/parto-humanizado-es-posible/>

³ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002

El parto tradicional humanizado se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. UNICEF, (2009).

En atención a esto es dable mencionar que para las nacionalidades Indígenas Shuar, las formas culturales más importantes de parto consisten tradicionalmente en lo siguiente:

- La posición vertical.
- Asistencia del esposo.
- Acompañamiento de otra familiar mujer.
- Ambiente cálido.
- Uso de hierbas (albahaca, piripri, hierba luisa) para regular las contracciones, para relajamiento.
- Baño caliente y caldo de gallina criolla después del parto para relajamiento y fortalecimiento Entierro de la placenta.
- El corte del cordón.

La OMS considera la profesión obstétrica salva vidas tanto de las mujeres como de los recién nacido/as, pues su atención disminuye considerablemente los índices de intervenciones y medicalización de rutina, lo que conlleva un mayor reporte de bienestar físico, emocional y psicológico y satisfacción con respecto a la experiencia de la maternidad. Esto se traduce en salud y bienestar a corto, mediano y largo plazo de toda la población.⁴ Por tanto es necesario contar con el acompañamiento del personal necesario y que brinde el apoyo correspondiente para garantizar la salud física y mental de la madre y su neonato. Desde la Secretaría Distrital de Salud nos informan que las medidas que se adoptan para garantizar el parto respetado están basadas en los lineamientos de la OMS, esto para la garantía de una asistencia efectiva durante el nacimiento, incluyendo: recursos físicos esenciales, talento humano competente y motivado encaminado a:

MEDIDAS EN SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DEL NACIMIENTO
✓ Trabajo de parto respetado y atención durante el parto, que incluye la disponibilidad de servicios para la atención del nacimiento, dotados con los dispositivos médicos necesarios y en espacios geográficos accesibles.

⁴ <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>

✓ Apoyo emocional de un acompañante de elección por la persona gestante.
✓ Comunicación efectiva de parte de los profesionales responsables de la atención.
✓ Estrategias para el alivio del dolor, que incluye la analgesia peridural cuando la persona lo solicita.
✓ Vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditoría y comentarios.
✓ Ingesta de líquido y alimentos por vía oral a libre demanda.
✓ Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto.
✓ Plan de derivación preestablecido.
✓ Continuidad de la atención, entendiendo la necesidad del acompañamiento profesional del puerperio y durante el cuidado del recién nacido/a y posterior lactante.

Ahora bien, para la atención o priorización de las mamás embarazadas, más que ayudas, les brindan acciones sistematizadas las cuales son:

- Facilitar el acompañamiento de la gestante durante su trabajo de parto y parto, atendiendo las precauciones que impongan emergencias sanitarias.
- Fortalecer contacto piel a piel e inició precoz de la lactancia materna.
- Asegurar información oportuna y permanente del estado de la gestante, puérpera y recién nacido.
- Asegurar método anticonceptivo post evento obstétrico.

Respecto a la importancia de asegurar prácticas humanizantes, durante la atención de todos los eventos obstétricos como lo recomienda la OMS, mejoran la salud de las personas que viven la experiencia del nacimiento, no solo desde una mirada física, sino también mental y social, porque:

- Aumentan la tolerancia al dolor y en consecuencia disminuye la necesidad de analgesia farmacológica.
- Optimizan la percepción de bienestar, aumentando la satisfacción durante la experiencia.

Por otro lado, la Secretaría Distrital de Salud, ha venido trabajando en la mejora continuación realizado asistencias técnicas a las EAPB e IPS públicas y privadas del Distrito, en las cuales se enfatiza la importancia del acceso efectivo a la consulta de detección temprana de alteraciones del embarazo. También realizan el fortalecimiento para el Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios materno y perinatal en las IPS públicas y privadas.

Este marco de acompañamiento se encuentra que la Secretaría Distrital de Salud desarrolla un convenio con la Fundación Santa Fe de Bogotá, para la operación de la plataforma la herramienta digital *sexperto.co*, la cual está dirigida a adolescentes y jóvenes, y busca impactar determinantes sociales del embarazo, entre otros:

- I. Proximales: como deficiente conocimiento, acceso y uso apropiado de métodos anticonceptivos.
- II. Intermedios: acceso a información en salud sexual y reproductiva veraz, oportuna y basada en conocimiento científica.
- III. Distales: cobertura y acceso a servicios de salud y adherencia de adolescentes a programas de atención integral.

Es por esto que, se puede establecer que se están adelantando estrategias de socialización de lineamientos y guías de práctica clínica, incluida la humanización en los servicios de salud, así como el fortalecimiento del talento humano encargado de la atención de las mujeres gestantes y recién nacido. Sin embargo, es necesario poder contar con lineamientos permanentes que garanticen la aplicación que tiene como el fin último es promover que el parto sea una experiencia positiva para la madre, independientemente del lugar en el que se desarrolle el nacimiento, aumentando el poder de decisión que la mujer tiene sobre este proceso, respetando sus valores, creencias y sentimientos, y reduciendo la excesiva medicalización y el número de intervenciones sistematizadas hoy en día desarrolladas, promoviendo la utilización de prácticas sanitarias individualizadas en función de las necesidades de cada mujer y basadas en la evidencia científica para garantizar el bienestar y la seguridad de la madre y el neonato, estableciéndose una conexión entre la matrona y la propia gestante. Biurrun, y Goberna, (2013), García, et al. (2010), Da Mata, Kakuda, (2014) y Goberna, et al. (2014).

En cuanto a las cifras sobre de mortalidad materna, según reportes del Instituto Nacional de Salud - INS -, en Colombia durante el 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas, es decir, ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; 100 muertes más que las proyectadas para el mencionado año. Una cifra alarmante teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes son prevenibles. La pandemia causó efectos considerables en la salud materna, no solo por la limitación de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también, porque las mujeres dejaron de acudir a estos servicios por miedo a contraer el COVID-19, o por las restricciones del confinamiento.

Es preciso resaltar que, la mortalidad materna en Colombia aumentó **38,4%** en 2020 frente a las cifras de 2019, generando un retroceso de ocho años. Así lo confirman los datos del Instituto Nacional de Salud (INS). El año pasado se registró la muerte de **414** mujeres en estado de gestación, durante el parto o en la etapa posparto. Se relaciona la estadística del INS, de las primeras tres causas de los fallecimientos:

ESTADISTICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	
Causas del Fallecimiento	Porcentajes
Hemorragia Obstétrica	17,9%
Trastorno Hipertensivo relacionado con el embarazo	15,5%
Neumonía causada por la enfermedad del COVID-19	13,5%

El instituto Nacional de la Salud también evidencio los cinco departamentos donde se presentaron los decesos y que cuentan con indicadores más significativos los cuales se vislumbran a continuación:



Finalmente, el Observatorio de Salud Pública y Epidemiológica de la Universidad de los Andes divulgó unos datos donde, en 2012 por cada 100.000 bebés nacidos vivos la mortalidad materna alcanzó el 66,2%. En comparación, en 2019 el indicador cayó hasta el 46,8%. Sin embargo, en 2020 esta cifra volvió a treparse hasta el 66,4%, 0,2 puntos porcentuales más arriba que hace ocho años.

2.1 REFERENCIAS

La [Organización Mundial de la salud](#) entiende como parto respetado lo siguiente:

«Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo»

En el año 2020, desde el 17 al 23 de mayo se celebró en todo el mundo la «**Semana mundial del parto respetado**». Esta edición se conjuró bajo el lema “**Mi decisión debe ser respetada**”, donde se recordó cuáles son los derechos de la persona gestante y del/la

recién nacido/a. Esta fecha se celebra cada mayo desde el 2004 por iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado, e impulsada por [UNICEF](#). Este año fue muy especial la celebración del certamen anual, ya que los momentos que atravesamos con la pandemia del coronavirus han trastocado todos los aspectos de la vida, y los embarazos y partos no iban a ser menos, por desgracia. Los protocolos en muchos hospitales han cambiado por completo estos meses atrás, recortando derechos a las embarazadas, hasta el punto de pretender que durante el parto no estén acompañadas por la persona que ellas han elegido o incluso pretendiendo separarlas de sus recién nacidos. Hace unos días estuvimos hablando de [cómo están siendo los embarazos en tiempos de covid-19](#).

A pesar de los complicados tiempos que corremos ahora mismo, desde la [Federación de Asociaciones de Matronas de España](#) hemos apoyado a la OMS en respetar todas las medidas que aconsejan para proceder a un parto respetado, cumpliendo las nuevas normas, pero respetando los derechos humanos, tanto de la madre como del bebé. Hoy más que nunca, el papel de una matrona en poner todo de su parte para que el parto sea respetado se pone más en relieve si cabe. Asimismo, insistimos en que la matrona cuenta con una formación específica y ofrece las garantías sanitarias oportunas para desarrollar su labor amparando los derechos de madres y bebés durante la gestación y el parto.

La implantación a nivel nacional e internacional de este nuevo modelo de parto respetado y humanizado es un hecho y requiere cambios en la praxis profesional, necesitándose la creación de protocolos o guías de práctica clínica consensuadas que detallen una forma de actuación humanizada de asistencia al parto. Biurrun y Goberna, (2013) y Martínez, (2011).

La tasa de cesáreas es considerada un indicador de buena práctica clínica al relacionarse con el buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. OMS, (2015), Hernández, et al. (2014). En general, el porcentaje de cesáreas practicadas está más vinculado con el tipo de asistencia sanitaria que ofrece el profesional sanitario que a comorbilidades o complicaciones materno-fetales. OMS, (2015).

Referencia Internacional:

Al respecto cabe mencionar que el Ecuador tiene una tasa promedio de 41% de cesáreas que representa un incremento de aproximadamente el 60% en un promedio de 8 años.

Otros países como Brasil y México tienen tasas aún más altas de cesáreas, de hasta el 80%. En este entorno, una atención participativa, humana y respetuosa del parto requiere un esfuerzo adicional por parte de las embarazadas en términos de información, tiempo, costo y valor. De todas formas, las embarazadas tienen menos opciones reales en el sector público que en el privado de tener un parto humanizado. Las pacientes del sector privado pueden escoger su obstetra de confianza que atiende de la manera que prefieren y quien está presente en el momento de dar a luz; mientras que, en el sector público, la dinámica de la atención es menos personalizada y no se cuenta con la posibilidad de la libre elección. Johannsen, (2016).

En noviembre de 2004, se promulgó en Argentina la Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado. De carácter obligatorio en toda la Argentina, tanto en instituciones públicas como privadas, se establece que todas las mujeres tienen derecho a⁵:

- ❖ Ser protagonistas de su parto.
- ❖ Ser consideradas personas sanas.
- ❖ Decidir lo que necesitan en cada momento.
- ❖ Ser informadas de todo lo que ocurre.
- ❖ Elegir con libertad una compañía de sus afectos.
- ❖ Elegir la posición para parir.
- ❖ Expresar sus emociones.
- ❖ Efectuar los rituales que acostumbra su cultura.
- ❖ Ser respetadas en su intimidad.

En México, después de décadas de trabajo y argumentaciones con base en investigaciones científicas, se logró, en los años noventa, institucionalizar la lactancia materna en las instituciones de salud pública. En 1990 se creó el Comité y Programa Nacional de Lactancia Materna que funcionó regularmente hasta 2004, y en 1991 se publicó el Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, de la Secretaría de Salud (SS). Posterior a ello, La Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el CENETEC, junto con Rochester-México, diseñó en 2007 diferentes implementos para la atención humanizada de las mujeres en el parto con el enfoque intercultural, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres del país —

⁵ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

indígenas y no indígenas—, como a las del personal de salud y las de parteras tradicionales.⁶

En el año 2000 en Fortaleza, Brasil, se realizó un encuentro de grupos de parteras, doulas y médicos de diferentes especialidades de varios países latinoamericanos y caribeños organizado por “integrantes del movimiento brasileño para la humanización, auspiciado por el Proyecto Luz y promovido por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), donde pudo definirse el concepto humanización con la expectativa de que este fuese centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo XXI”.²⁰ Se creó así la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y del Nacimiento (Relacahupan), con el objetivo de promover iniciativas de formación, capacitación, concientización y creación de centros públicos y privados en Latinoamérica. Esta red ha tenido gran despliegue e incidencia en algunos movimientos sociales y activistas del Cono Sur que vienen desarrollando acciones para la humanización del parto y nacimiento, algunas veces articulados con los gobiernos de los países donde emprenden su trabajo.⁷

Por otra parte, las reflexiones y críticas en torno al parto y nacimiento humanizados han sido parte de la discusión y de la lucha por la reivindicación de la mujer y su papel protagónico en igualdad de derechos y condiciones para el desenvolvimiento y desarrollo de la sociedad, es decir, es visto más como un tema y problema del género femenino. Frases como violencia obstétrica, parto sin dolor, parto respetado, institucionalización del parto, tecnomedicina y como eje transversal a todos ellos, derechos de la mujer, hacen del irrespeto a la subjetividad femenina y de la mecanización y deshumanización del proceso de gravidez, temas dignos de debate. El nacimiento digno, por su parte, y en correspondencia con un parto respetado y humanizado, hace énfasis entonces en la garantía y protección de la vida y en las condiciones en las que nacen las y los bebés, así como la importancia de los aspectos psico-emocionales desde su nacimiento como puntal esencial para su desarrollo evolutivo.⁸

Finalmente, el pasado 25 de mayo de 2021, en Colombia en la ciudad de Bogotá se radico un Proyecto de Ley sobre el parto respetado, es la primera iniciativa en ser aprobada por unanimidad fue el Proyecto de Ley 191/2020 Senado, “Por medio de la cual se reconocen

⁶ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>

⁷ <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37546.pdf>

⁸ <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37546.pdf>

los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto y posparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto digno, respetado y humanizado”. esta iniciativa busca “reconocer y garantizar los derechos de la mujer en embarazo, el feto y quienes los asisten, desde la concepción, durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, evitando estigmatizar a los profesionales de la salud, fortaleciendo la relación entre las mujeres y los profesionales de la salud, y cuidando el respeto a la diversidad cultural de las mujeres que habitan nuestro país”⁹

Ahora bien, el autor de la iniciativa Jairo Cristancho Tarache, representante a la Cámara del Partido Centro Democrático, afirma que *“Se busca reconocer y garantizar los derechos de la mujer gestante, que es una mujer vulnerable, una mujer que tiene muchos riesgos. Qué bonito que se dé esa atención con todo el cariño hacia la materna y que haya una buena relación con el personal médico”*.

3. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

Esta iniciativa es importante porque el Parto Respetado tiene como objetivo promover la modalidad del parto humanizado ante prácticas que son antinaturales y que pueden violentar a la mujer y al bebé. El parto es un momento transformador en la vida de una familia, sobre todo en el de la mujer y el niño o niña que está por nacer.

El parto humanizado o parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Este tipo de partos reduce los nacimientos sobremedicados, empoderando a las mujeres y los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el parto. Johannsen, (2016).

El Parto Humanizado implica que el nacimiento de un bebé debe ser una experiencia segura y positiva para toda la familia. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la

⁹ <https://www.senado.gov.co/index.php/prensa/noticias/2627-proyectos-de-ley-sobre-parto-humanizado-y-nueva-ley-del-deporte-fueron-aprobados-en-primer-debate-en-la-comision-septima-del-senado>

madre en el centro de la toma de decisiones y sólo se debe intervenir cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que así lo requieran. OMS, (2018).

La idea de humanización en el parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y, en general, de sus familias; su objetivo es cambiar la idea de que el embarazo y el parto son patologías que necesitan de intervención médica, y trata de recuperar la naturaleza del proceso procreativo como un hecho trascendental, íntimo, personal y memorable. Fundación Juan Vives Suriá, (2012).

Los beneficios del parto humanizado para el papá están relacionados con el hecho de mejorar el vínculo tanto con su pareja, como con el bebé que va a nacer. Esto se da, porque al ser partícipe de este proceso, se lo involucra en todos los aspectos que se van desarrollando, desde el embarazo y en ese momento tan importante del nacimiento del bebé. Para el bebé le permite nacer en un ambiente más armónico y cordial, con menos estrés. Si la mamá tiene menos estrés, las hormonas que pasan por la placenta harán que el niño nazca más relajado. Es más presto para iniciar la lactancia inmediata, porque una madre que no sufre violencia obstétrica está lista para empezar la lactancia, al no estar medicada innecesariamente. Y algo que es muy importante y básico es que mejora el vínculo entre la madre y el niño, porque en el expulsivo existe el pico de oxitocina en la mamá y el bebé. Esta hormona del vínculo y del amor, es la que interviene en esa sensación de enamoramiento que sienten las madres al mirar a su hijo recién nacido. Esto también disminuye el riesgo de la depresión post parto.¹⁰

Adicionalmente resaltamos que en la la vigencia 2021, la Secretaría Distrital de Salud, para el proyecto 7829 "Nuevas Generaciones Salud e Inclusión", cuenta con el siguiente presupuesto para las metas relacionadas con la prevención y atención del embarazo en adolescentes:

META	VALOR ASIGNADO 2021
A 2024 cero tolerancia con la maternidad temprana en niñas de 10 a 14 años reduciéndola en un 20%, previniendo el	

¹⁰ <https://fundaciondewaal.org/index.php/2019/06/07/el-parto-humanizado-garantiza-los-derechos-y-el-bienestar-de-la-mama-el-bebe-y-el-papa/>

delito de violencia sexual contra las niñas y fortaleciendo las capacidades sobre derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y sus familias.	\$ 1.490.000.000
A 2024 reducir en 10% la maternidad y paternidad temprana en mujeres con edades entre 15 y 19 años, fortaleciendo las capacidades sobre derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, jóvenes y sus familias.	\$ 1.339.000.000
2024 reducir en 35% los nacimientos en mujeres con edad menor o igual a 19 años que ya tuvieron un hijo	\$ 2.024.000.000
TOTAL	\$4.853.000.000

Según la OMS (1) “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 discriminación”. Sin embargo, organismos como OVO Chile (2) han declarado que los alcances de la violencia obstétrica en gestación, parto y puerperio no han sido dimensionados porque no son visibilizados por sectores de la sociedad ni políticas públicas. A pesar de que diversas fuentes bibliográficas han alertado sobre su condición de violencia de género y violación de los derechos humanos.

La violencia obstétrica es una categoría compleja, principalmente para fines regulatorios, ya que se compone de elementos subjetivos de difícil comprobación, lo que ha quedado claro en la discusión sobre el proyecto de ley que buscaba sancionar la violencia obstétrica en Chile (3). En este sentido, consideramos que es necesario dar un giro a la discusión y establecer condiciones óptimas de parto para que los derechos de las mujeres y recién nacidos sean garantizados y respetados.

4. NORMATIVIDAD

4.1 CONSTITUCIONALIDAD

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 LEGALIDAD

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 el cual se expide el Código de la infancia y la Adolescencia”*

Artículo 41. *Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:*

11. *Garantizar y proteger la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto; de manera integral durante los primeros cinco (5) años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, incluida la vacunación obligatoria contra toda enfermedad prevenible, con agencia de responsabilidad familiar.*

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 264 de 1996 y se dictan otras disposiciones”*

Artículo 7o. 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 de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Artículo 10. 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.

”

4.3 ACUERDOS.

Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”

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 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.*

4.4 RESOLUCIONES

Resolución 3280 de 2018 *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”*

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

integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

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

Parágrafo. *La adaptación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos y operativos a que refiere esta resolución, no puede constituir barrera para el acceso efectivo de tales servicios, por lo que la prestación de estos debe hacerse sin que medie autorización previa y sin perjuicio de que puedan ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta a la que asista el sujeto de atención en salud.*

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C

La competencia del Concejo de Bogotá, D.C. para aprobar esta iniciativa se sustenta jurídicamente en los artículos 313 y 322 de la Constitución Política de Colombia y en los numerales 1 y 25 del artículo 12 del Decreto 1421 de 1993, que establece:

➤ **Constitución Política de Colombia.**

“Artículo 313. *Corresponde a los concejos: 1. Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio. 10. Las demás que la Constitución y la ley le asignen.”*

“Artículo 322*<Inciso 1o. modificado por el artículo [1](#) del Acto Legislativo No. 1 de 2000. El nuevo texto es el siguiente:> Bogotá, Capital de la República y del departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital. (...) A las autoridades distritales corresponderá garantizar el desarrollo armónico e integrado de la ciudad y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito; a las locales, la gestión de los asuntos propios de su territorio.”*

- **Decreto Ley 1421 de 1993.** *“Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”*

“Artículo 12 - ATRIBUCIONES. *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.*

25. *Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.”*

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”.

Teniendo en cuenta lo anterior, hay que aclarar que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez, que no se incrementará el presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación, en la medida en que el presupuesto asignado para el desarrollo del presente acuerdo fue planteado dentro del marco fiscal del actual Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

ANDRÉS DARÍO ONZAGA NIÑO

Concejal de Bogotá

Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO N° 112 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS GENERALES Y ESTRATÉGICOS PARA LA ATENCIÓN PRIORITARIA Y DIGNA EN RELACIÓN AL PARTO RESPETADO Y HUMANIZADO DE LA MUJER Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 1, 13 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO- OBJETIVO: Definir lineamientos, fomentar, promover e implementar la atención prioritaria para la mujer en el momento del trabajo de parto, así mismo, garantizar el bienestar físico, emocional y psicológico tanto de la madre como del recién nacido. Por tanto, La Secretaría Distrital de Salud deberá garantizar todo los procedimientos y mecanismos idóneos para que el parto sea respetuoso y digno para que la mujer esté en plenas condiciones para el parto.

ARTÍCULO SEGUNDO- RUTA DE ATENCIÓN: La Administración y en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud definirán estrategias para establecer una ruta de atención prioritaria para las madres que manifiesten el incumplimiento de las medidas de partos humanizado y respetado, para garantizar el acompañamiento digno, atención a las necesidades y acompañamiento psicológico, garantizando la reivindicación de sus derechos.

ARTÍCULO TERCERO- MECANISMOS: La Administración Distrital emitirá los lineamientos encaminados a establecer los mecanismos idóneos para garantizar el parto humanizado y respetado en lo referente al acompañamiento de las mujeres durante el

trabajo de parto garantizando la presencia permanente de profesionales de la salud (ginecólogos calificados) y herramientas de alta calidad para el procedimiento. Así mismo, al inicio de los acompañamientos médicos de seguimiento al embarazo, en el Distrito Capital se le deberá informar a las madres gestantes y su pareja, los derechos y medidas de cumplimiento para garantizar el parto humanizado y respetado

ARTÍCULO CUARTO- REGISTRO: La Administración Distrital establecerá la metodología de registro de los partos, en los que se incluirá la información brindada por las madres respecto a su percepción del trato y garantía del parto respetado y humanizado a nivel Distrital. Dicho registro tendrá como finalidad la caracterización correspondiente que permita la adopción de medidas para el buen desarrollo del procedimiento de parto y postparto. El registro contendrá como mínimo.

- a. Información de identificación básica de la madre
- b. Información del personal de salud que atiende el parto
- c. Medidas brindadas para garantizar el parto humanizado
- d. Percepción de la madre
- e. Reporte de seguimiento de la información o queja

Parágrafo en caso de contar con un registro de identificación de los partos distritales, se procederá con la inclusión de la información establecida en el presente artículo y se deberá rendir informe anual al concejo sobre las estadísticas obtenidas del mismo.

ARTÍCULO QUINTO- INSTITUCIONALIZACIÓN: La Administración deberá institucionalizar el Parto Respetado y Humanizado a nivel Distrital el cual deberá brindar y garantizar la especial atención prioritaria a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, especialmente a las personas en condición de discapacidad.

ARTÍCULO SEXTO- SEMANA DISTRITAL DEL PARTO RESPETADO: Establézcase la tercera semana de mayo como la “*Semana Distrital del Parto Respetado*”, en la cual se realizarán actividades de promoción y capacitación respecto el tema a nivel Distrital.

Párrafo: La administración en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, remitirá al concejo, la primera semana de junio, un informe contentivo del balance de las actividades realizadas.

ARTÍCULO SÉPTMO: El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 113 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE RENUEVA EL PLAN DISTRITAL DEL AGUA EN BOGOTÁ D.C.”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVO DEL PROYECTO

El propósito del presente proyecto de acuerdo es renovar el Plan Distrital del Agua "Compromiso de Todos".

II. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION

El presente Proyecto de Acuerdo constituye el resultado de una década implementación y ejecución del Plan Distrital de Agua (PDA), "Compromiso de Todos", el cual se fundamenta inicialmente mediante el Acuerdo 347 de 2008, posteriormente materializado en el Decreto 485 del 2011, "*Por el cual se adopta el Plan Distrital de Agua*", cuya esencia es la consideración del acceso al agua como un derecho humano.

En este sentido, debido a la vigencia y cumplimiento del primer decenio del (PDA), surge la necesidad de renovar esta herramienta de gestión integral hídrica de larga duración para la ciudad. De manera que, en el presente proyecto de acuerdo se expondrán los motivos que sustentan su renovación, pues el incumplimiento en razón al avance de la gestión de las estrategias que componen el PDA, dejan ciertos vacíos respecto al seguimiento de su ejecución.

Incluso, la grave situación de mortandad que atraviesa la humanidad por causa de un agresivo virus denominado científicamente COVID-19, y que ha dejado personas contagiadas y fallecidas en todo el mundo, repercute en el crecimiento de la pobreza y por ende en el acceso al servicio público de agua potable.

Contexto:

Del total de la superficie de la tierra, el 70% está cubierta por agua. De este porcentaje, solo el 0,025% es apta para el consumo humano, lo que la convierte en un recurso limitado. El

agua es la condición de existencia de la vida y de las poblaciones y asentamientos humanos.

Según el Banco Mundial, para el año 2020, alrededor del 55 % de la población mundial, unos 4.200 millones de habitantes en promedio, vive en las ciudades. Se cree que la tendencia al incremento continuará. Lo que para el 2050, la población urbana se duplicará, y casi 7 de cada 10 personas vivirán en ciudades.

Si bien, más de la mitad de la población mundial vive hoy en ciudades, los cascos urbanos representan solo el 3% del total de la superficie terrestre. Allí, las aglomeraciones y el crecimiento demográfico exponencial, originan un gran número de los problemas socio-ambientales del mundo, a saber: la contaminación ambiental, el desabastecimiento de agua y el sistema de manejo de residuos, por ejemplo, causados por el consumo intensivo de recursos naturales y la producción en masa de residuos sólidos y orgánicos. Al mismo tiempo, al interior de las ciudades se han contemplado acciones que dan respuesta a la búsqueda de modelos sustentables de desarrollo, materializados en planes de ordenación del territorio y políticas de gestión urbana.

Por su parte, América Latina, cuenta en promedio con el 8,6% del total de la población mundial, es una de las regiones con mayor disponibilidad de agua en el mundo. También cuenta con la cobertura más alta de agua potable de las regiones en desarrollo. Sin embargo, estos índices de disponibilidad y cobertura varían según el país y microrregiones del mismo país. A pesar de esto, el 35% de la población de América Latina no tiene hoy acceso a agua potable, y solo el 22% cuenta con saneamiento básico.

Por ejemplo, en Uruguay más del 95% de la población cuenta con cobertura de saneamiento básico, en comparación a menos de la mitad de la población en Bolivia 46% y casi la cuarta parte 24% en Haití.

Existe un problema de escasez debido al mal manejo y regulación de las fuentes hídricas de abastecimiento, debido a factores antrópicos como la sobreexplotación de territorio y el inadecuado uso del suelo. Se suman a estos factores la inadecuada gestión del agua, la ineficiente infraestructura y la escasez de políticas de buen manejo y gestión del recurso. La razón de esta situación de precariedad hídrica, mientras estamos rodeados de agua, se explica a través del modelo de gestión.

III.RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 10 AÑOS DEL PLAN DISTRITAL DEL AGUA

Dentro del Decreto 485 del 2011, mediante el cual se adoptó el Plan Distrital del Agua (PDA) "Compromiso de Todos", se reconoce el acceso al agua potable como un derecho humano,

en concordancia con lo formulado dentro del marco normativo dentro de los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política Nacional, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y en especial, la aprobación que hiciera la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 64/292 de 28 de julio de 2010, que posicionó al agua potable y al saneamiento básico en la categoría de derechos humanos esenciales para el pleno disfrute de la vida y de todos los demás derechos humanos. Por lo tanto, será competencia de las administraciones garantizar ese derecho, y en general a gestionar de manera integral el agua.

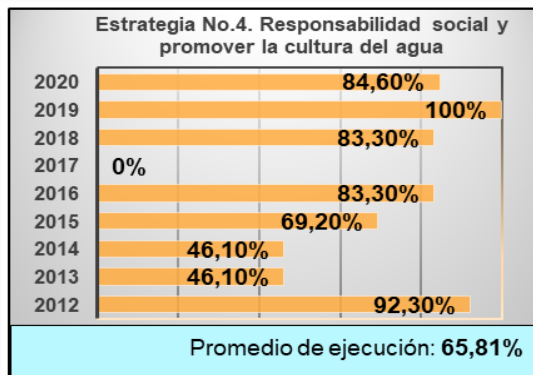
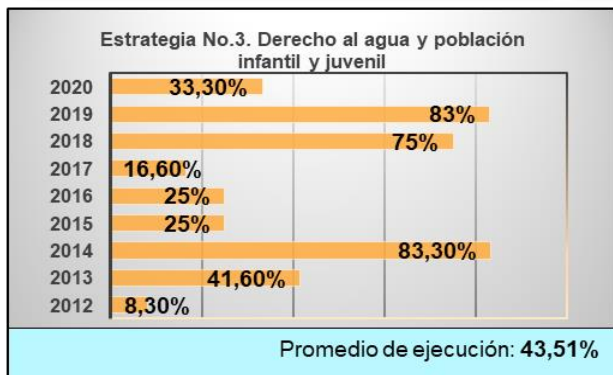
En principio, el PDA supone seis estrategias encaminadas a la gestión de este recurso, a saber:

- **1. la planeación integral y regional**, cuyo objetivo es articular la gestión de las instituciones públicas en materia de planeación y administración del recurso hídrico y armonizar y fortalecer los mecanismos e instancias de concertación en los ámbitos regional, distrital y local.
- **2. Articular las acciones en busca de la sustentabilidad**, que por objeto busca propender por la sustentabilidad del recurso hídrico, a través del fortalecimiento de las herramientas de gestión ambiental, seguimiento, control y monitoreo en el Distrito Capital.
- **3. Derecho al agua y población infantil y juvenil**, cuyo objetivo es mantener el acceso al agua potable a los niños, niñas y adolescentes en las instituciones educativas.
- **4. Fomentar la responsabilidad social y promover la cultura del agua** mediante la promoción de una cultura de uso responsable del agua fomentando procesos de identidad, apropiación social, participación, educación ambiental y solidaridad de la población, en relación con la gestión integral del recurso hídrico.
- **5. Gestión del riesgo**, cuyo objetivo es fortalecer la gestión del riesgo relacionado con el recurso hídrico, con soporte en herramientas de información, educación ciudadana y coordinación con entes regionales y nacionales.
- **6. Mínimo Vital de Agua**, que busca satisfacer las necesidades básicas de alimentación, salubridad y saneamiento básico mediante el reconocer un mínimo vital de agua potable en los estratos 1 y 2.

De estas seis estrategias, se despliegan una serie de programas y acciones para dar cumplimiento al objetivo propuesto, liderado principalmente por las entidades del sector Hábitat. Dentro de su gestión técnica y administrativa, dichos cumplimientos deben consignarse de manera periódica anual. No obstante, quedan vacíos en el cumplimiento y seguimiento de este.

a) Bajo nivel de ejecución y tardío seguimiento al PDA

Teniendo en cuenta lo anterior, el cumplimiento del Plan Distrital de agua es inferior al 50%, e incluso, para algunas estrategias el porcentaje de cumplimiento por año es de 0%. Respecto a la información recopilada y suministrada por parte de las entidades, se evidencia que el porcentaje de ejecución es mayor en los últimos 3 años, y casi nulo en los primeros años; solo a partir del período 2017-2018, la administración distrital define una estrategia de seguimiento a la implementación de las acciones, programas y estrategias del (PDA) como se puede ver en las siguientes gráficas:



En los 10 años del PDA, cuatro (4) de las seis (6) estrategias concluyeron con un porcentaje de ejecución inferior al 50%, así:

- La Estrategia N° 1 con un 35,57%.
- La Estrategia No.2 con 45,23%.
- La Estrategia N° 3 con 43,51%.
- La Estrategia N° 5 con un 25,90%.

La información anterior, se consolida con el vacío de informes de gestión que hubo entre el 2012 y el 2016. Solo a partir del período 2017-2018 la administración distrital define una estrategia de seguimiento a la implementación de las acciones, programas y estrategias del PDA. Estrategia que se define teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Planeación en su “Guía para el Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas”. Como resultado de esta estrategia, parte de la labor de seguimiento sistémico a la implementación del PDA que se inaugura en el 2017-2018, es decir cinco años después de expedición, se realizan en esos dos años doce (12) “Encuentros Distritales de Seguimiento al Plan Distrital del Agua - PDA”. Cuatro (4) de ellos en el 2017 y ocho (8) en el 2018.

b) Dimensión social de los servicios públicos y la gestión corporativa del agua.

Gracias a la modernidad y al crecimiento poblacional, en las ciudades, los servicios públicos ya no pueden auto gestionarse, por lo cual la administración dispone de un operador público o privado, mediante un modelo de contrato, la prestación del servicio. De esta forma, en relación a los servicios públicos se inicia el tránsito de “ciudadanos” a “usuarios”, es decir a “consumidores”, mercantilización del agua que está vinculada al proyecto terminal de una enajenación colectiva del entorno, que en Colombia se materializa en la Ley 142 de 1994, sobre los servicios públicos, que partirá en dos la historia de la gestión de los servicios públicos en Colombia, y de la vida urbana en general, a partir dos decisiones:

- Legalizar la operación privada de los servicios públicos, permitiendo el paso del monopolio estatal de los servicios públicos a un escenario de libre competencia, con nuevos actores internacionales integrados al modelo.
- Instaure la estratificación socioeconómica como método de cualificación en la asignación de tarifas de servicios domiciliarios.

A partir de ese momento, es posible definir tres periodos de la estrecha relación entre los servicios públicos y el desarrollo urbano:

- Antes de los años 90s, el requisito para la legalización urbana era la viabilidad técnica y financiera, como condición para proveer servicios públicos domiciliarios.
- A partir de 2012, ya no es requisito previo que el desarrollo urbano esté legalizado, sino contar con las condiciones para que sea provistos los servicios públicos. De esta forma, la dotación de infraestructura de servicios urbanos queda asociada al sistema de concesiones que el Estado hace al mercado. Son ahora los operadores de servicios quienes establecen los condicionamientos de la urbanización.
- Desde mediados de los años 90s, los barrios de origen informal gestionan directamente con las empresas prestatarias del servicio y negocian las condiciones del mismo

Por otro lado, el Censo de 2018, muestra que en Bogotá y la Sabana (15 municipios: Cajicá, Chía, Cota, Facatativá, Funza, Gachancipá, La Calera, Madrid, Mosquera, Soacha, Sopó, Tabio, Tenjo, Tocancipá, y Zipaquirá), la población fue de 9'081.740 de personas. En Bogotá la tasa de crecimiento anual se calcula en 1,7%, el equivalente aproximado a 150.000 habitantes, siendo las de mayor crecimiento las localidades con más informalidad. Además, la pobreza creció 12,9 puntos porcentuales: de tener un 27,2% en el año 2019, para el 2020 pasamos a 40,1%. Para el año 2020, Bogotá tuvo una tasa de pobreza extrema del 13,3 %, porcentaje que se incrementó en 9,1 % con relación a 2019. Es decir que la capital pasó de tener 344.591 a 1.100.100 personas en pobreza extrema.

El aumento de la población implica el aumento en la demanda de vivienda, parte de la cual, en su relación con las cifras de pobreza, se satisface a partir del desarrollo de construcciones ilegales cuyo agravante es que gran parte de sus desarrollos se realizan sobre áreas protegidas o de alto valor ambiental y en zonas de alto riesgo. Problemática en la cual se ve implicado doblemente el recurso hídrico: por el aumento exponencial (formal o informal) de consumo de agua, y por la tendencia a la ocupación ilegal e informal de las zonas de rondas, consideradas como suelo disponible a ocupar por parte de grupos

poblacionales urbanas emergentes, al mismo tiempo que los cuerpos de agua sufren el impacto del vertimiento indiscriminado e inadecuado de residuos.

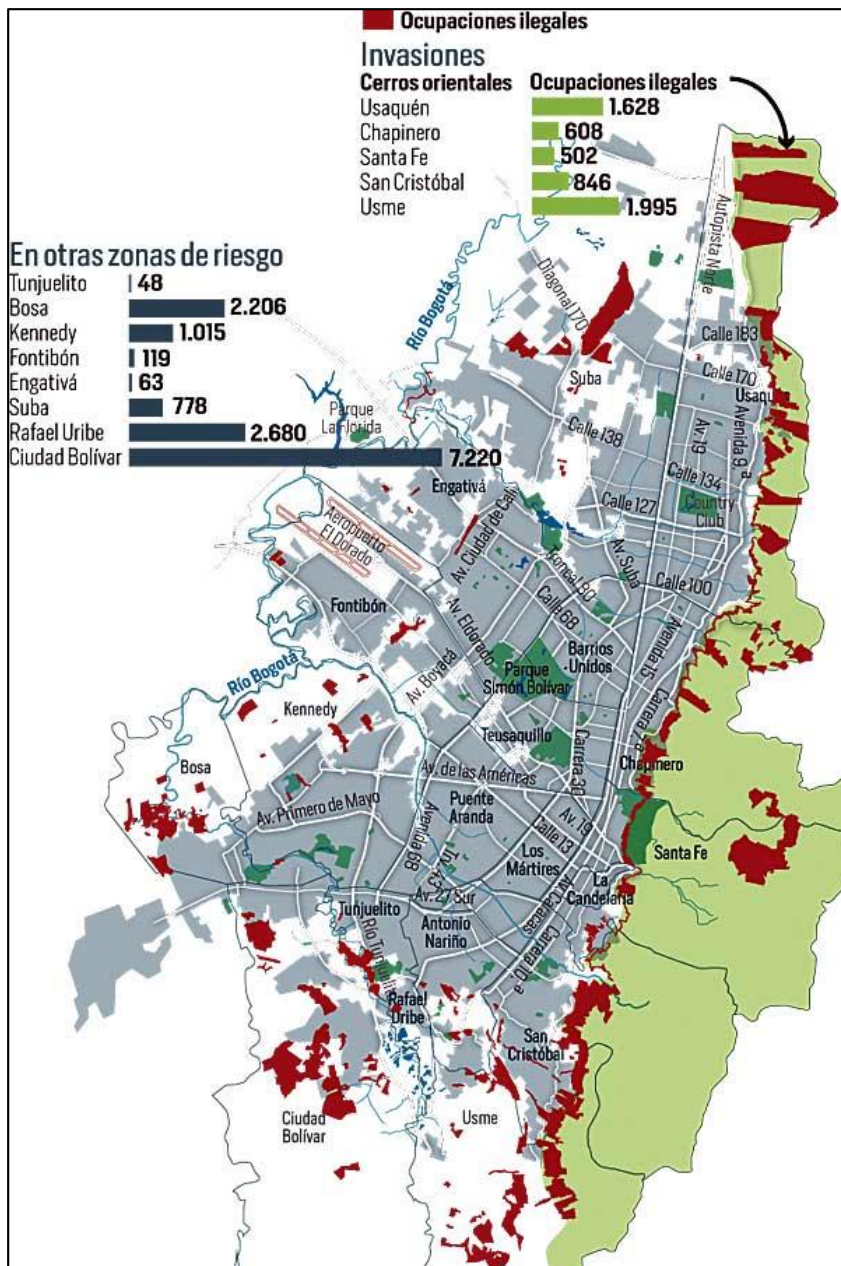
Esta población en esta condición se ha concentrado históricamente en las ocupaciones ilegales, que hoy vienen siendo más de 25.959 distribuidas en 13 localidades en las áreas periféricas de la ciudad, para un total de 3.600 hectáreas, en las cuales se asientan unas 100.000 personas, que no solo viven en asentamientos ilegales, sino en sectores de alto riesgo. (Mapa 1) Habitantes que el Plan Distrital del Agua contempla como beneficiarios del Mínimo Vital, por estar cualificados socioeconómicamente en estratos 1 y 2 aún sin tener acceso a redes domiciliarias de servicios públicos.

Por consiguiente, la mercantilización y privatización del agua agrava la situación de estas personas pues el crecimiento de la tarifa ha sido exponencial en los últimos años y un promedio de 300.000 usuarios ven suspendido el servicio por falta de pago. De ellos 70.000 han perdido definitivamente la conexión a la red de suministro.

Por lo tanto, convertir el agua en un negocio a costa de las necesidades de los más pobres y de la sobreexplotación de nuestros páramos, no sólo causa daño a la flora y fauna endémica de los páramos y de las áreas ecosistémicas, sino que trae el inusitado aumento de la corrupción al interior de las instituciones prestadoras de servicio y de las malas relaciones entre Bogotá y la región.

Junto a esto, se suma que, para el año 2020, con el surgimiento del COVID-19, las personas se confinaron en sus hogares manteniendo tiempo completo allí. En Bogotá, en los meses más críticos del confinamiento, se incrementó el consumo de agua potable en el sector residencial en un 2.1% En contraste, el consumo en sectores comerciales e industriales disminuyó un 42%. Aunque el metro cúbico de agua en Bogotá ha mantenido su precio

durante la coyuntura del Covid-19, los índices de pobreza aumentaron como se evidenció anteriormente, disminuyendo así el impacto previsto de los alivios y subsidios financieros.



Mapa 1, Asentamientos Ilegales en Bogotá

Los alivios financieros en el pago de servicios públicos creados por el Gobierno en el marco de la emergencia causada por el Covid-19, aplicados en beneficio de los estratos 1, 2, 3 y

4, y para aquellos de uso industrial o comercial, no concluyeron con resultados positivos, debido a que en la práctica solo permitía diferir el pago en cuotas hasta por 36 meses, generando así que las personas no percibieran un ahorro real y además quedando con la obligación acumulada de pagar la deuda.

Como resultado de la pandemia generada por el Covid-19, la canasta familiar muestra variaciones de los precios de los principales componentes, entre los cuales podemos encontrar el alojamiento, agua, electricidad, gas. Durante el año 2020, ese incremento de precios obedeció en gran medida al aumento del consumo de servicios públicos como el agua, por parte de los hogares sometidos a la cuarentena.

Por otro lado, la lógica mercantil, parte de la inclusión de la tierra en el mercado inmobiliario del suelo y la especulación que impone el plusvalor, es, pues, el proceso de ingreso de la naturaleza entera a la mercantilización, lo que conllevará a una degradación progresiva de la naturaleza, en especial los ríos, estrechamente unidos al origen de la ciudad, con efectos sobre la insalubridad urbana. En ese sentido, en Bogotá, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, no sólo se comporta como una autoridad ambiental prestadora del servicio de agua, sino que su modelo de gestión contiene una forma de intervención sobre el mercado inmobiliario, ya que es un actor determinante del mercado del suelo, un poder que aún carece de regulación.

Las intervenciones y compras de predios tienen como objeto “la preservación, restauración y aprovechamiento sostenible de sus elementos biofísicos para educación ambiental y recreación pasiva”, que, en su mayoría, resultan siendo para obras de paisajismo para el disfrute, como lo es el caso de las rondas de los ríos, los parques ecológicos y las áreas contiguas a los humedales.

Al respecto, para el 2020, se identificó que, de los 4.137 predios registrados propiedad de la EAAB, 168 de ellos se hallaban sin matrícula inmobiliaria; 516 no contaban con código Chip; y 233 de ellos carecían sin cédula catastral. Actualmente estarían en proceso de regularización 105 predios, con una inversión estimada de \$20.145 millones.

Así mismo, el sistema hídrico vinculado a la Estructura Ecológica Principal y el sistema de gestión de Servicios Públicos Domiciliarios, resultan íntimamente ligados al mercado del suelo, es decir a las fuerzas socioeconómicas que impulsan el desarrollo urbano-regional. Dinámica que regionalmente es impulsada por una urbanización ‘formal’, es decir con licencias de construcción e intraurbanamente como asentamientos ubicados en inmediaciones de los cuerpos de agua, unos formales y otros informales. Adicionalmente, los operadores de servicios públicos quedan vinculados a la gestión y conservación del

patrimonio natural, por las responsabilidades que de facto adquieren en la gestión de residuos y el saneamiento y descontaminación de los cuerpos de agua.

Los Cerros Orientales de Bogotá y las cuencas de los ríos, donde se inicia el viaje del agua hacia el río Bogotá, han sido sometidos a diversos procesos destructivos; por un lado, la urbanización legal e ilegal y la deforestación, y por otro lado, la explotación intensiva de arena y otros materiales de construcción, a cargo transnacionales como Holcim, Cemex y la Fundación San Antonio de la Curia Arquidiocesana.

En conclusión, un elemento fundamental para la reproducción de la vida, de la sociedad y de la economía mundial, no puede ser tratado como una mercancía más en el mercado, toda vez que ello atentaría sobre valores básicos como los derechos humanos o la seguridad nacional. Por ello, desde una perspectiva geoestratégica, concesionar el manejo del agua a empresas privadas y, sobre todo, a firmas extranjeras, equivale a fomentar la vulnerabilidad de la población y su territorio de cara a intereses ajenos. Por lo tanto, las actividades y formas de ocupación sobre el territorio deben encaminarse en clave de gobernanza.

c) Dimensión del Mínimo vital al agua potable.

El 15 de febrero de 2012, se expidió en la ciudad de Bogotá el Decreto 064 de 2012, modificando parcialmente el Decreto 485 de 2011 y reconociendo el derecho a 6 metros cúbicos mensuales de agua potable a los Estratos 1 y 2 de uso residencial y mixto de la ciudad. En sí, el mínimo vital del agua busca garantizar una cantidad mínima de agua que permita a las personas en condiciones de fragilidad llevar una vida digna. El Mínimo Vital de Agua Potable materializaría el derecho Humano al Agua a través de la asignación de una cantidad de agua potable, medida en 6 metros cúbicos, con lo cual se aseguraría a las familias de los estratos de menos ingresos una subsistencia digna, a partir de la satisfacción de sus necesidades básicas derivadas del agua, tales como la alimentación, la salubridad y el saneamiento básico. A la vez, la administración, con esta estrategia, propende fortalecer y mejorar la calidad y cobertura de los servicios públicos en los lugares de la ciudad con estratos 1 y 2, y hacia el 2014 aplicará ésta a las zonas rurales de Bogotá.

No obstante, los subsidios parecen no tener un efecto relevante en la estructura de gastos que tienen los hogares de menos ingresos o de estratos 1 y 2 en materia de servicios públicos domiciliarios. Los más pobres estarían pagando, en proporción del porcentaje del gasto total que realizan, más del doble de los hogares más ricos. Simetría que estaría desvirtuando el efecto redistributivo que prometen las acciones de la política social del Distrito orientadas a reducir la pobreza, evidenciándose así distorsiones en la concepción de la asignación de los subsidios.

En este sentido, el subsidio de mínimo vital se supone, estaría focalizado a la totalidad de los estratos 1 y 2 a través de la facturación del servicio. Esta cualificación sería el único método de aplicación del subsidio, la cual no permite que otras personas en condición de vulnerabilidad accedan a este beneficio.

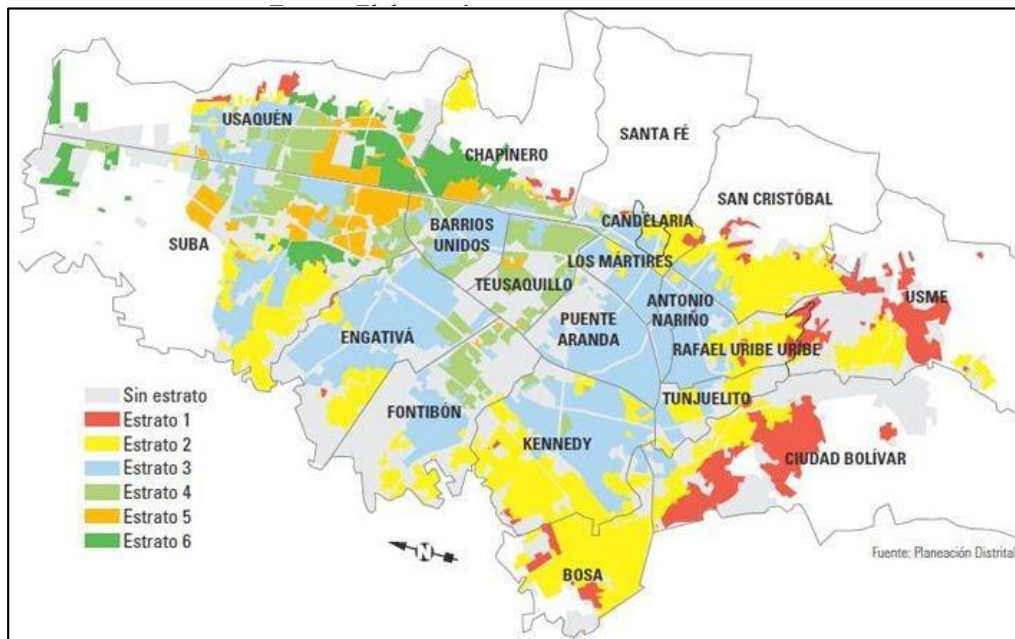
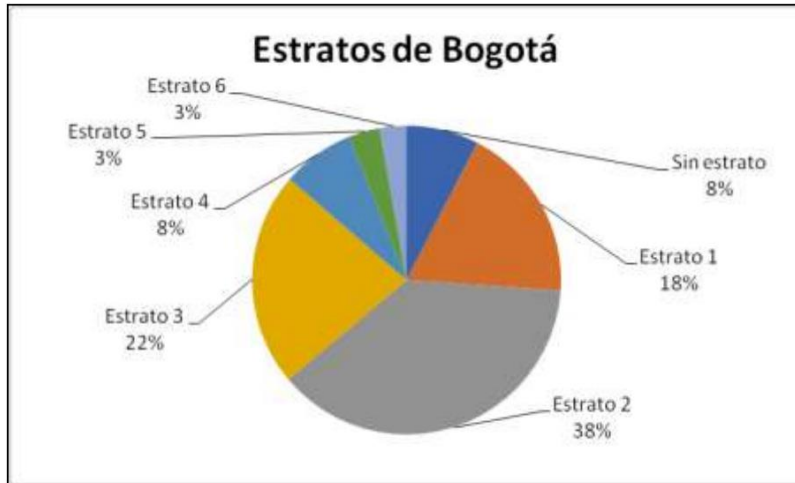
Por otro lado, la norma señala que el mínimo vital no podrá asignarse a la población residente en asentamientos ilegales o en zonas de riesgo. Que tal como lo señalamos anteriormente (Mapa 1) esta parte de población residente en estas áreas vienen siendo más de 25.959. Además, según la Secretaria de Hábitat, por cada 14.000 viviendas de interés social que se producen cada año en el Distrito, se producen 19.000 informales, que coincide con las periferias o margen urbano-rural de la ciudad de valor ambiental y cultural.

Esta misma entidad señala que el número de beneficiarios con el mínimo vital para el año 2017 fue de 759.915, mientras que en el 2018 se beneficiaron 744.803, es decir 15.112 suscriptores menos que en el 2017, aunque la inversión fue mucho mayor en el 2018 (\$ 65.700,73). Una diferencia de \$57.995.89 respecto al 2017, a la vez, al 31 de diciembre del 2019 habría sido beneficiada un total de 785.848 personas. Estas cifras, si las comparamos con el crecimiento poblacional de la ciudad que, como lo mencionamos anteriormente, es de 1,7% anual, o sea entre 150.000 a 160.000 personas. Entonces el número de beneficiarios del mínimo vital debería aumentar en consideración con el crecimiento vegetativo y migrante de la ciudad, y la inversión debe aumentar simultáneamente. Otro aspecto importante, es que mediante la cifra que ofrece la administración desde el año 2012, año en el que se implementa el programa del Mínimo Vital, hasta el año 2020, aumentó la cifra de beneficiarios únicamente en 132.124 suscriptores. Es decir, un promedio de 14.680 más de beneficiarios cada año, para una ciudad que crece anualmente, como ya lo mencionamos, en promedio de 160.000. La mayoría de ellas en las localidades con mayor informalidad, así:

Suba 2,7% de crecimiento anual	35.143 habitantes
Bosa 3,0% de crecimiento anual	10.521 habitantes
Kennedy 1,9% de crecimiento anual	7.006 habitantes
Ciudad Bolívar 2,10% de crecimiento anual	12.636 habitantes
Fontibón 2,7% de crecimiento anual	9.746 habitantes
Usme 1,0% de crecimiento anual	10.056 habitantes

Por consiguiente, si consideramos que la población estrato 1 y 2 del Distrito está calculada en un 56% de la totalidad de las 45.051 manzanas que la integran (gráfica) y de 2'437.996 hogares que lo componen, la asignación del Mínimo Vital sólo se estaría llegando a 32,23 % de hogares estratos 1 y 2, dejando por fuera de ese beneficio al 23,77 % de los hogares

restantes de esos estratos. Porcentaje que se podría explicar por la asincronía entre la asignación del subsidio y la dinámica del desarrollo urbano. (mapa 2)



Mapa 2: estratificación en la ciudad de Bogotá

En las bases de datos de la Secretaría de Hábitat, con relación a la información de los beneficiarios del Mínimo Vital para el año 2021, la entidad afirma que no se tiene determinada la población vulnerable (indígenas, niños, adolescentes, etc.). Según lo dicho, parte de la cualificación de la aplicación del mínimo vital debe trascender el estrato

socioeconómico como referente único de asignación. Esto teniendo en cuenta el grado de ocupación informal en la ciudad, en la que muchos barrios ni siquiera cuentan con el suministro de agua potable, así como las consecuencias sociales de fenómenos emergentes como ha ocurrido con el COVID-19.

d) Gestión Regional del Agua

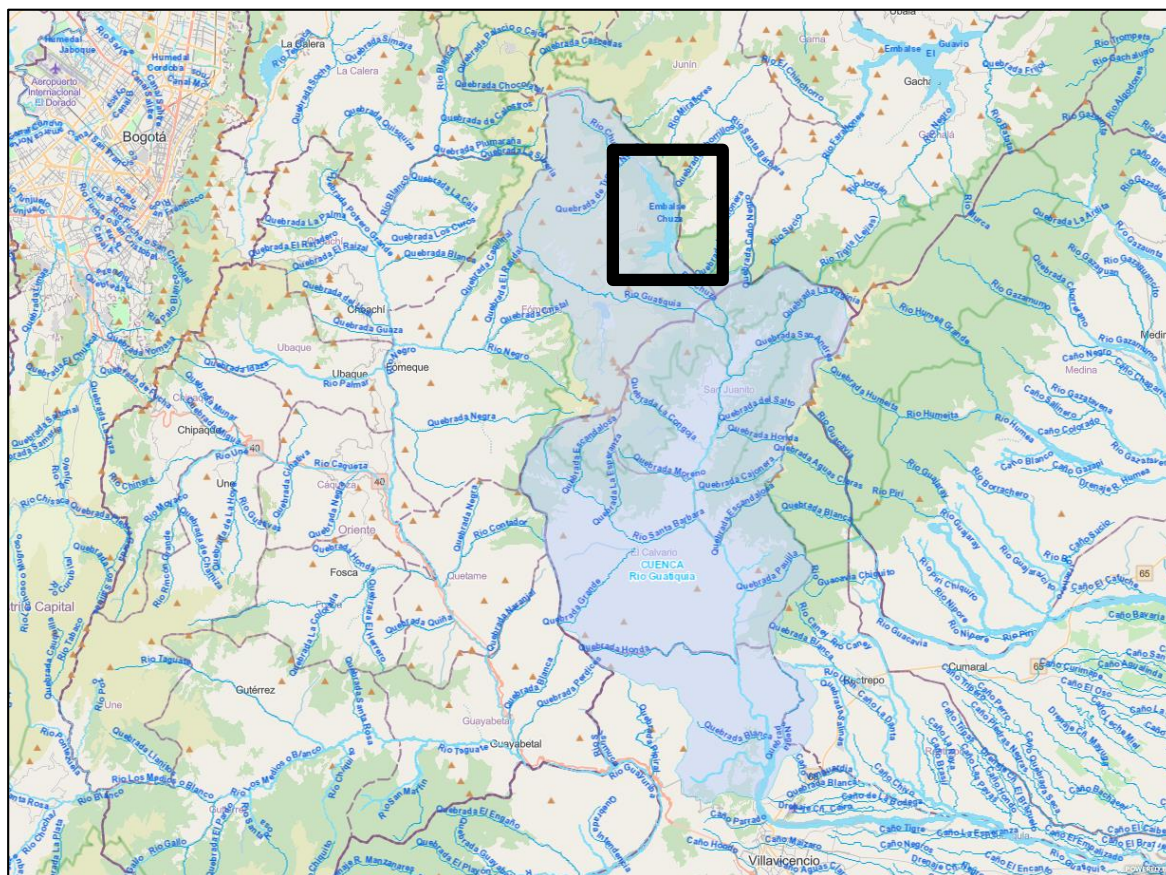
La captación y suministro de agua por parte de Bogotá, en su mayoría, no hace parte de su jurisdicción. El consumo de agua de Bogotá proviene de la dinámica hídrica de la Orinoquía y de la cuenca del río Bogotá, a saber: 80 % del páramo de Chingaza, 17,5% del Páramo de Guerrero y 2,5% del páramo de Sumapaz. Lo que significa que Bogotá consume agua importada de la Cuenca del Orinoco. (Mapa 3, descripción del sistema de abastecimiento)



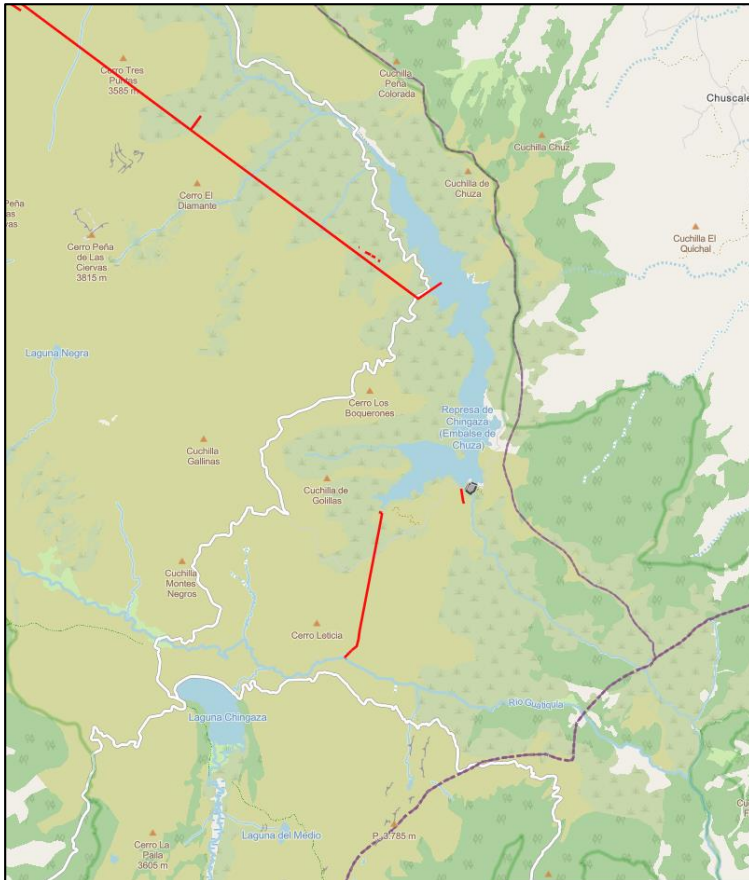
Hacia Bogotá, se bombean 23,7 metros cúbicos de agua por segundo aproximadamente, que provienen de los 3 sistemas de abastecimiento y de las seis plantas de tratamiento, las

cuales satisfacen a cerca de 10 millones de personas en Bogotá y 11 municipios aledaños. Aproximadamente 8.000 kilómetros de tuberías son necesarias para la entrega de agua potable a los 2,2 millones de hogares en los que prestan el servicio; 4.000 kilómetros de alcantarillado sanitario y 2.500 kilómetros más para aguas lluvia.

Los planes de expansión que se proyectan garantizarían el servicio hasta 2032. Para ello, la EAAB, pretende, la formación de un embalse aguas arriba de la estructura actual de desvío del río Guatiquía, para mejorar la regulación de los caudales del macizo de Chingaza. "La Playa" o "Chingaza II" es un proyecto que hace parte del "Plan maestro de abastecimiento", el cual define un área inundable equivalente a 638,4 hectáreas. Esto, además conduciría a la pérdida de biodiversidad y afecciones a la estructura hídrica y ambiental de la cuenca del Río Guatiquía y de la Orinoquía.



Mapa 3: Cuenca del río Guatiquía.



Trasvase de aguas del Río Guatiquía a la represa del Chuza

La creciente escasez de agua en la región, se debe al mal manejo y regulación de las fuentes hídricas de abastecimiento, y también a los factores antrópicos derivados de la sobreexplotación del territorio y del inadecuado uso del suelo. En lo que respecta a la llamada 'integración regional' la gestión de la administración que sintetiza en la colosal deuda sociocultural y ambiental que hoy tiene Bogotá con la región, pues no se ve el desarrollo en política social en favor de la ciudadanía ni de la preservación de los ecosistemas.

Por consiguiente, este sistema corresponde también a las redes de alcantarillado y de saneamiento básico, lo cual, es el resultado de la relación de la ciudad con el agua, que se descompone en las áreas industriales y residenciales de la ciudad, vertiéndose de la manera en el río Bogotá. Al respecto, las Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR), son un conjunto de obras y procesos para tratar las aguas residuales. Según la Corporación Autónoma Regional (CAR), en la cuenca del río Bogotá hay 63 plantas de

tratamiento de aguas residuales, no obstante, no todas cuentan con información completa y actualizada. Se observa que el 71,86 % de las plantas se encuentran en optimización, es decir, las plantas no cumplen con las normas establecidas. Se estima, de hecho, que el 5 % de los Gases Efecto Invernadero, globales son producto de los residuos sólidos y el funcionamiento de este tipo de plantas.

La temperatura de la cuenca del río Bogotá oscila entre los 6 y 30 grados centígrados (°C). Esto tiene influencia en la eficiencia de las plantas de tratamiento de agua residual. Cuando la temperatura aumenta se presenta un fenómeno de eutrofización, que es la producción perjudicial de algas y otras plantas acuáticas, el deterioro de la calidad de agua y la aparición de malos olores. Los municipios que presentan mayores temperaturas son los municipios de Agua de Dios, Anapoima, Cachipay y La Mesa.

La represa del Muña es un caso particular, es un desastre ambiental, por el represamiento de aguas del río Bogotá, que incluye la tragedia humana de los habitantes del municipio de Sibaté, sometidos a insoportables olores, emanaciones que contaminan el aire y a una inclemente plaga de mosquitos. Bogotá y Soacha vierten diariamente al río Bogotá 600 toneladas de materia orgánica y 600 toneladas de sólidos.

El proyecto de ampliación y optimización de la PTAR Salitre que tendrá un costo de 430 millones de dólares. Por lo tanto, hoy en día el llamado plan de descontaminación del río Bogotá incluye, a costa de todos los bogotanos, que lo que pagaremos en la tarifa de alcantarillado incrementa considerablemente.

El plan de descontaminación del Río Bogotá no acude a la fuente generadora del problema. Sino a costos muy altos, económica y ambientalmente, acude a una falsa solución, pues de nada sirve acceder a estos servicios de descontaminación cuando aguas abajo se vierten cientos de toneladas de residuos orgánicos y sólidos.

IV. MARCO JURÍDICO

a) Normatividad de orden Constitucional.

- El artículo 1 de la Constitución Política, establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundamentada en el respeto de la Dignidad Humana, postulado que obliga a las autoridades públicas, y en este caso al Distrito Capital, a desplegar las conductas que sean necesarias para garantizar efectivamente estos derechos inherentes al ser humano.

- Artículo 49 de la Constitución Política, relacionado con la planificación del manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, garantizando su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución.
- El Artículo 80 de la Constitución Política, relacionado con la planificación del manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución.
- Artículo 209 de la Constitución Política, relacionado con competencias comunes de la función administrativa.
- Artículo 285 de la Constitución Política, relacionado con la creación de Regiones de Planeación y Gestión (RPG).
- Artículo 319 de la Constitución Política, relacionado con el régimen fiscal especial para las asociaciones y áreas metropolitanas.
- Artículo 325 de la Constitución Política, relacionado con la capacidad de asociación del Distrito Capital de Bogotá, el Departamento de Cundinamarca y los Departamentos contiguos.
- Artículo 366 de la Constitución Política, relacionado con la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas en materia de saneamiento ambiental y de agua potable, siendo temas prioritarios en la definición del gasto público sobre cualquier otra asignación, los cuales deben ser definidos en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades Territoriales.

b) Antecedentes legales en el marco del Plan Distrital de Agua.

El acuerdo 347 del 23 de diciembre de 2008, "Por el cual se establecen los lineamientos de la política pública del agua en Bogotá, D. C.", estableció las directrices para una política pública en gestión y administración del agua en el Distrito Capital.

Que, conforme a lo previsto en el mencionado acuerdo, la Administración desarrolló instrumentos de gestión que permitieron a los habitantes en condiciones de vulnerabilidad, acceder a una cantidad mínima vital de agua potable, garantizando así sus derechos fundamentales.

Que el artículo 6° del mencionado Acuerdo, establece que los lineamientos de Política Pública se materializarán en la formulación del Plan Distrital del Agua, el cual se realizará para un período mínimo de diez (10) años.

En cumplimiento de lo anterior, la Administración Distrital formuló el Plan Distrital del Agua "Compromiso de Todos" junto con su Documento Técnico de soporte, materializado a través del Decreto 485 de 2011, "Por el cual se adopta el Plan Distrital del Agua".

En el Decreto 485 de 2011, se incluyeron normas encaminadas a garantizar el consumo de un mínimo vital de agua potable, como mecanismo para hacer efectivo el derecho humano al agua. Además, en su artículo 2, determina la duración del Plan Distrital de Agua con una vigencia de 10 años contados a partir de su adopción con la posibilidad de ser ajustado en cada período de gobierno.

Que, por la necesidad de ampliar su cobertura, surge el Decreto 064 del 2012, modificando el artículo 4 del Decreto 485 de 2011, sobre la garantía en el consumo del mínimo vital de agua potable, fijando como cantidad 6 metros cúbicos mensuales de agua potable.

Por lo anterior, debido al tiempo transcurrido y a la vigencia de la norma, resulta imperioso modificar el Decreto 485 de 2011, sin perjuicio de los estudios técnicos en que éste se amparó, los cuales también servirán como soporte en lo que fuere aplicable, y así establecer una nueva política de agua que reconozca derechos en todas sus dimensiones.

c) El derecho al agua y la jurisprudencia Constitucional.

La jurisprudencia constitucional colombiana, desde sus inicios ha desarrollado y estudiado diversas dimensiones del derecho al agua, tanto en su faceta fundamental, como derecho colectivo y servicio público esencial.

La importancia del derecho al agua como derecho humano, antecede en sentencias como la T-232 de 1993, que reconoce el derecho al agua como un derecho fundamental para el hombre por conexidad con los derechos fundamentales con la vida y la salud en cuanto al consumo humano como necesidad básica.

En dicha oportunidad la Corte señaló:

"No existe actuación que pueda amenazar el derecho fundamental previsto en el artículo 11 de la Constitución Política, ni omisión atribuible a las autoridades públicas encargadas de la prestación del servicio de agua potable frente a la utilización de la Ciénaga de Tres Esquinas. La prioritaria utilización del agua para consumo humano como necesidad básica,

tiene fundamento en el artículo 366 de la Constitución. Para la Corte Constitucional sí existe mérito para tutelar el derecho a la vida por cuanto el núcleo esencial de la amenaza, que es la inmediatez del daño, se percibe claramente en el caso concreto."

Así mismo, la sentencia T- 413 de 1995, señaló que cuando éste se refiere a la salud humana y a la salubridad pública es un derecho fundamental y por el contrario no lo es cuando el agua se utiliza en usos agropecuarios. Igualmente afirmó que es prioritario atender necesidades domésticas y garantizar agua potable para la familia.

Mediante sentencia T- 270 de 2007, la Corte dispuso:

"Ahora bien, esta Corte ha sido insistente al decir que el derecho a la vida debe mirarse en sentido amplio, entendida la connotación de existencia en condiciones dignas, es decir atendiendo el conjunto de circunstancias mínimas inherentes al individuo que le permitan vivir con dignidad -lo menos penosa posible- acorde con su naturaleza de ser humano, para lo cual deben tomarse en cuenta aspectos como la satisfacción de las necesidades básicas, la salud, la edad, las situación de discapacidad o de debilidad manifiesta en que se encuentre el individuo, o cualquiera otra que desde una concepción social del Estado, implique de éste una especial atención.

De otra parte, ha sido abundante la jurisprudencia de esta Corporación que ha catalogado a la salud como un derecho y un servicio público a favor de todos los habitantes del territorio nacional, cuya obligación de garantía en condiciones reales y eficientes se encuentra en cabeza del Estado de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad."

Igualmente, la Sentencia T-381 de 2009, señaló que: "el derecho al agua sólo tiene el carácter de fundamental cuando está destinada al consumo humano, pues únicamente entonces está en conexión con el derecho a la vida en condiciones dignas y a la salud".

Posteriormente, en Sentencias como la T-641 de 2015, la Corte Constitucional señala que el acceso al agua potable constituye un verdadero y autónomo derecho fundamental de las personas sin el cual la vida, la salud y la dignidad de éstas se ven completamente comprometidas.

Finalmente, la sentencia T-104 de 2021, reitera que:

(...), esta Corporación ha distinguido otra faceta del derecho al agua, en tanto derecho fundamental de naturaleza autónoma y subjetiva. Lo anterior, por cuanto se reconoce que el agua es "fuente de vida y presupuesto ineludible para la realización de otros derechos

como la salud, la vivienda y el saneamiento ambiental, fundamentales para la dignidad humana” y constituye “una necesidad personal que permite gozar de condiciones materiales de existencia”.

En consecuencia, la jurisprudencia constitucional ha sido enfática en considerar el acceso al agua para consumo humano como un derecho fundamental en conexidad con la vida, la salud y en condiciones dignas y justas.

V. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ:

El Concejo de Bogotá es competente para tener iniciativa y aprobar el presente Proyecto de Acuerdo con fundamento en la Constitución Política de Colombia de 1991, que consagra:

“Artículo 313. Corresponde a los concejos:

1. “Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio”.

(...)

10. “Las demás que la Constitución y la ley le asignen.”

En concordancia con lo anterior, el Decreto Ley 1421 de 1993 "Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá", establece:

“Artículo 8. Funciones generales. El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumplan las autoridades distritales”.

Por su parte, el Artículo 12 de la mencionada ley establece:

“Artículo 12. Atribuciones. 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.

(...)

25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.”

VI. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la ley 819 de 2003, la presente iniciativa no tendrá impactos fiscales para el Distrito Capital, en tanto se enmarca, por un lado, en un plan con estrategias y acciones ya establecidas y que se vienen ejecutando; y, por otro lado, en la ejecución específica de los recursos previstos para el diseño y ejecución de parques ecológicos y diversas intervenciones en torno a los cuerpos de agua distritales y regionales. Considerando que el presente proyecto de Acuerdo no representa un impacto fiscal al normal funcionamiento del Distrito Capital, ponemos a consideración del Honorable Concejo de Bogotá D.C. la presente iniciativa.

VII. ARTICULADO:

PROYECTO DE ACUERDO N° 113 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE RENUEVA EL PLAN DISTRITAL DEL AGUA EN BOGOTÁ D.C”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y, en especial, de las que las conferidas por los artículos 313 y 322 de la Constitución Política y los artículos 12, numerales 1, 7, 13 y 25 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1º. Objeto. Renuévase el Plan Distrital de Agua en el Distrito Capital, establecido en el Acuerdo 347 de 2008 y materializado mediante el Decreto 485 de 2011, con el cual se ha buscado garantizar una cantidad mínima de agua que permita a las personas llevar una vida en condiciones dignas conforme a lo establecido en la Constitución Política y la Ley; así como fomentar la cultura del uso de agua bajo las siguientes directrices: aprovechamiento sostenible, cambio cultural y educativo e incentivos y acciones; adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad, la calidad y la accesibilidad del agua.

ARTÍCULO 2º. Ámbito de aplicación. El presente Acuerdo regirá en la zona urbana y rural del Distrito Capital.

PARAGRAFO: Este instrumento de planeación ambiental establecerá corresponsabilidad, articulación y armonía con los Planes Maestros de Acueducto y Alcantarillado y demás instrumentos de planificación de la ciudad – región.

ARTÍCULO 3º. Seguimiento. Las entidades distritales responsables del manejo y gestión del Agua en el Distrito, rendirán anualmente un informe al Concejo de Bogotá sobre los avances y ejecución del PDA. Además, se conformará una mesa técnica entre el Concejo de Bogotá y la Administración Distrital, con el acompañamiento de los organismos de control, (la Personería de Bogotá, La Veeduría Distrital y la Contraloría de Bogotá), y sus respectivas delegadas ambientales, e invitadas autoridades de la ciudad – región, así como de la ciudadanía y la ruralidad, con el objeto de hacer vigilancia, control y seguimiento a su avance, y ejecución cada 2 años.

ARTÍCULO 4º. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación y publicación hasta su derogatoria o subrogación.

Publíquese y Cúmplase

Cordialmente,

ATI QUIGUA
Concejala de Bogotá
Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS