



ANALES DEL CONCEJO

DE BOGOTÁ, D.C.

PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO II N°. 3904 DIRECTORA: LUZ ANGÉLICA VIZCAINO SOLANO MAR. 31 DEL AÑO 2025

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO NO 315 DE 2025 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE EXALTA LA MEMORIA DE JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA QEPD, SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”..	28671
PROYECTO DE ACUERDO NO 316 DE 2025 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE INSTITUCIONALIZA EL DÍA DEL HUERTERO Y HUERTERA EN BOGOTÁ, SE CREA LA MESA DISTRITAL DE HUERTEROS EN EL DISTRITO CAPITAL., SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	28698
PROYECTO DE ACUERDO NO 317 DE 2025 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE BRINDAN MEDIDAS PARA PROMOVER Y FORTALECER LAS REDES DE LACTANCIA MATERNA EN EL DISTRITO CAPITAL”.....	28735

PROYECTO DE ACUERDO NO 315 DE 2025

PRIMER DEBATE

"POR MEDIO DEL CUAL SE EXALTA LA MEMORIA DE JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA QEPD, SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

1. OBJETO DEL PROYECTO

El objeto del presente Acuerdo es exaltar la memoria de Jessica Liliana Ramírez Gaviria Q.E.P.D. a través de medidas de reparación y no repetición, así como establecer los lineamientos para la formulación e implementación de Estrategia Distrital de Atención Integral para Personas con Enfermedades Huérfanas, con el fin de aportar en la reducción de barreras y la dignificación de las condiciones de vida de esta población.

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

2.1. Definición y análisis del problema

El 28 de octubre de 2014, la CIDH recibió una petición inicial y una solicitud de medidas cautelares por la organización “United for Justice” en la que se

denunciaba la violación y solicitaba la protección de los derechos a la vida e integridad personal de Jessica Liliana Ramírez Gaviria.

En esta petición, se alega la presunta responsabilidad internacional del Estado colombiano por las afectaciones que sufrió Jessica Liliana Ramírez Gaviria y sus familiares, debido a la ausencia de un tratamiento adecuado, oportuno, integral y con perspectiva de género ante el padecimiento crónico que ella presentaba, correspondiente a la enfermedad rara denominada Epidermólisis Bullosa Distrófica, también conocida como “Piel de Mariposa”.

De acuerdo con la Peticionaria, las afectaciones que se generaron a ella y a su familia se enmarcan en un contexto estructural de deficiencias en el sistema de salud, y la ausencia de una política efectiva en materia de protección de pacientes con enfermedades raras

Durante el 188° Periodo Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que se realizó entre el 30 de octubre y el 10 de noviembre de 2023, se llevó a cabo una audiencia pública sobre el caso de Jessica Liliana Ramírez Gaviria, en la cual, el Estado colombiano en cabeza del Representante

Permanente de Colombia ante la OEA, reconoció su responsabilidad internacional por el incumplimiento del deber de garantizar los derechos a la vida (artículo 4.1), integridad personal (artículo 5.1), garantías judiciales (artículo 8.1), derechos del niño (artículo 19), protección judicial (artículo 25), derecho a la salud (artículo 26), en relación con el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en perjuicio de la joven Jessica Liliana Ramírez Gaviria.

El Estado propuso a la Peticionaria avanzar en un proceso de búsqueda de solución amistosa con el fin de propender por la reparación integral de la familia y la búsqueda de garantías de no repetición efectivas¹.

El Director de Defensa Jurídica Internacional de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, en virtud de la solución amistosa en el caso de Jessica Liliana, insta al Concejo para que a través de un Acuerdo se adopten medidas de reparación integral en favor de Jessica y de su familia, quien falleció en la Ciudad de Bogotá, y padeció la mala atención en el Hospital de Kennedy.

2.1.1. Las enfermedades huérfanas: implicaciones y realidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen entre 5.000 y 7.000 enfermedades raras que afectan a entre un 6% y 8% de la población mundial. Precisamente se les llama enfermedades raras o “huérfanas” porque tienen una muy baja prevalencia en la población, menor a 5 casos por cada 10.000 personas².

Aunque la enfermedad huérfana se catalogue como una que afecta a un pequeño número de personas en una población, a la fecha no existe una definición absoluta de esta expresión. La Unión Europea afirma que, según la Alianza Europea de Enfermedades Raras (EURORDIS), una enfermedad se considera huérfana cuando afecta a menos de uno de cada 2.000 ciudadanos; sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia amplía el rango poblacional considerándola una enfermedad crónicamente debilitante, grave y con una prevalencia menor de una por cada 5.000 personas.

Entre el 70 % y el 80 % de los pacientes experimenta los primeros signos en la infancia, ya que, en su mayoría, son de origen genético; además, una de las primeras alarmas es el retraso global en el desarrollo. Las enfermedades raras afectan a los pacientes en sus capacidades físicas, habilidades mentales y cualidades

¹ FICHA CASO No. 14.488 – JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA, Defensa Jurídica del Estado, octubre de 2014

² <https://www.elspectador.com/salud/la-onu-adopta-una-resolucion-historica-sobre-las-enfermedades-raras-o-huerfanas/>

sensoriales y de comportamiento. Una de las principales dificultades para su abordaje es que una misma condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona afectada a otra³.

En el año 2021, la Organización de Naciones Unidas (ONU) adoptó por consenso de los 193 Estados miembros la primera resolución de la historia

sobre “Cómo abordar los desafíos de las personas que viven con una enfermedad rara y sus familias”. El pleno de la ONU reconoció que las más de 300 millones de personas que viven con una enfermedad rara corren un mayor riesgo de estigmatización y discriminación que obstaculiza su participación en la sociedad.

En Colombia, según el Anexo de la Dirección Epidemiológica y Demográfica del Ministerio de Salud y Protección Social, actualmente existen 2.247 enfermedades huérfanas y las cinco que más afectan a los niños son: la fibrosis quística, la hemofilia, la epidermólisis bullosa, el síndrome de Moebius y el síndrome de Jacobsen.

De igual forma, según el Instituto Nacional de Salud, las cinco enfermedades más frecuentes reportadas a 2019 en Colombia fueron: la esclerosis múltiple, el déficit congénito del factor VIII, la enfermedad de Von Willebrand, el síndrome de Guillain-Barre y la drepanocitosis. En Colombia, la Resolución 023 de 2023 es la última modificación del listado de enfermedades huérfanas, en la cual se reconocen 2.247⁴.

Respecto a la causa exacta de una enfermedad huérfana sigue siendo desconocida. Sin embargo, para una porción significativa de la población el problema se puede originar en mutaciones (cambios) en un gen. Muchas de estas mutaciones genéticas pueden pasar de generación en generación, explicando por qué algunas enfermedades huérfanas son familiares. Es importante saber que la genética es solo un factor. Factores ambientales como la dieta, fumar, o exposición a químicos también juegan un papel en las enfermedades huérfanas. Estos factores pueden causar enfermedades o interactuar con factores genéticos para aumentar la severidad de una enfermedad.

Es difícil obtener un diagnóstico por la diversidad de enfermedades huérfanas, prácticamente todas las especialidades y disciplinas de la salud están involucradas de una u otra manera en el tratamiento por lo que no es sencillo diagnosticarlas. Adicionalmente, suele requerir exámenes especializados, debido a sus manifestaciones clínicas pueden confundirse con enfermedades más comunes. Los esfuerzos de parte del

³

<https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/enfermedades-huerfanas-en-ninos-una-mirada-integral-desde-la-med-icina-el-cuidado-y-el-movimiento/>

⁴ Ibidem

Ministerio de Salud y Protección Social, asociaciones de pacientes, centros especializados y grupos de investigación están enfocados en aumentar la conciencia entre los médicos⁵.

2.1.2. Las barreras y retos que enfrentan las personas con enfermedades huérfanas

Las personas con enfermedades huérfanas se enfrentan a diario a múltiples desafíos. Uno de ellos es un diagnóstico poco conocido o quizás único; otro, los cuidados especiales que implica una enfermedad desconocida caracterizada por diversos síntomas y signos que varían en cada persona. Además, específicamente en la etapa de la niñez, las enfermedades raras pueden generar dificultades, como la limitación en las actividades cotidianas y la restricción en la participación, especialmente en sus actividades escolares.

Es importante tener en cuenta que, entre un 50 % y un 75 % de estas patologías son diagnosticadas en niños, según lo expone la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se calcula que la espera para obtener un diagnóstico de la enfermedad se encuentra alrededor de los 5 años; sin embargo, hasta un 20 % de los pacientes puede durar 10 o más años esperando hasta lograr el diagnóstico adecuado.

Una de las principales dificultades en los tratamientos es la gran variedad de enfermedades (entre 5.000 y 7.000), así como su baja prevalencia, la variabilidad clínica de los pacientes, el hecho de que la mayoría sean de origen genético y de tratamientos de alto costo, lo cual dificulta su curación. Sin embargo, en otras latitudes, como en Europa, existen reglamentaciones que han mejorado el acceso y han impulsado el desarrollo de nuevas terapias para algunas de estas enfermedades. Un ejemplo de esto es que, para el año 2000, existían solo ocho fármacos disponibles para los pacientes europeos y, para 2020, ya se habían aprobado cerca de 129 medicamentos⁶.

2.2. El caso de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD⁷

5

<https://minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-huerfanas.aspx>

⁶ El cambio de rumbo en enfermedades raras: de apenas 8 medicamentos en el año 2000 a los 169 de hoy. Farmaindustria.es (2020)

⁷ Sentencia de primera instancia, Reparación directa, 25000-23-36-000-2018-00299 -00, MAGISTRADA PONENTE: CLARA CECILIA SUÁREZ VARGAS, TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B, 2023

“el 24 de febrero de 1992, en el Hospital de Kennedy nació Jessica Liliana Ramírez Gaviria con siete meses de gestación, quien por su delicado estado de salud debió ser hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Tres meses después, sus padres solicitaron el alta voluntaria al no percibir mejoría ni deterioro en su estado de salud, carecer de un diagnóstico claro y no contar con los recursos para sufragar los gastos hospitalarios.

En igual sentido, en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, a pesar de recibir atención gratuita, no se obtuvo un diagnóstico ni tratamiento adecuado para la menor Jessica.

En 1999, en una jornada de salud realizada por la Universidad del Rosario de Bogotá

Jessica Liliana Ramírez fue diagnosticada con “epidermólisis bullosa distrófica, enfermedad poco común, de herencia autosómica recesiva, que se debe a la mutación de una proteína estructural del colágeno que ocasiona excesiva fragilidad de la piel, la cual se desprende con extrema facilidad y es incurable”. Además de esto, se dieron medidas de manejo de la enfermedad y se sugirieron valoraciones con más especialistas.

En el Hospital San José se solicitó la atención sugerida por odontopediatría, la cual no pudo ser proporcionada por no contar con convenio con la EPS Mutual Ser ARS.

En el Hospital la Victoria tampoco pudo ser atendida la menor, por no contar con los equipos requeridos. Razón por la cual continuó con la atención en la Clínica la Candelaria en la que solo le realizaban procedimientos de rutina.

En el trámite de una acción de tutela interpuesta en contra de la E.P.S. Mutual Ser ARS se determinó que desde 1993 hasta el año 2000 la menor Jessica Liliana Ramírez no recibió tratamiento alguno.

Durante los años 2000 a 2005, los padres de la menor hicieron grandes esfuerzos para brindarle atención a su hija de médicos particulares. Pese a esto, los medicamentos y tratamientos recetados por los médicos particulares no eran otorgados por la EPS, por no encontrarse cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-.

En sentencia de tutela del 5 de septiembre de 2006 se ampararon los derechos fundamentales a la salud, la integridad física y la dignidad humana de la menor y se ordenó que; i) se le practicara el tratamiento ordenado por el genetista Carlos Martín Restrepo, sin perjuicio de lo que se actualizara o complementara de acuerdo a la evolución del estado de salud y ii) le fueran suministrados los complementos vitamínicos, alimenticios, las cremas, vaselinas y demás productos que necesitara, así como las valoraciones que se le prescribieran.

La orden impartida por el juez de tutela no fue cumplida por Mutual Ser ARS. Del fallo de tutela solo se obtuvo valoración por gastroenterología, por lo que se dio inicio al incidente de desacato. Luego de esto, la menor Jessica Liliana Ramírez recibió sus medicamentos y se le realizaron algunas valoraciones.

En el año 2010, los padres de la menor acudieron a la fundación DEBRA (Dyastrophic Epidermolysis Bullosa Research Association), donde la menor Jessica Liliana Ramírez recibió la atención adecuada por el término de tres años, entre los cuales se destacan los apósitos no adherentes especiales para el tratamiento básico de las personas que padecen su enfermedad.

Luego de que el caso de la menor Jessica Liliana fuera expuesto en un programa de televisión en el año 2013, el entonces Procurador General de la Nación ordenó a la EPS que entregara 3 prescripciones médicas atrasadas y solicitó que todos los medicamentos fueran proporcionados en el domicilio de la menor. Esta situación solo se mantuvo por 4 meses.

A mediados del 2014, continuaron los inconvenientes, dilaciones y largos trámites administrativos para el tratamiento de la menor Jessica Liliana. De esto dan cuenta las historias clínicas de los Hospitales de Meissen y Kennedy de la ciudad de Bogotá, en los cuales se ordenaron medicamentos que no fueron suministrados por no encontrarse en el POS.

Ante las dificultades para la atención de la menor, sus padres buscaron la forma de recibir ayudas gratuitas y provenientes de terceros, ajenos a las demandadas, entre los que se destacaban ciudadanos estadounidenses. Estas condiciones provocaron en la menor Jessica Liliana un estado de depresión que hizo que su sistema inmunológico se deteriora y su cuerpo se ampolló más de lo normal.

En septiembre de 2014, las heridas en el cuerpo de la menor Jessica Liliana produjeron una sobre infección en su boca y esófago, de forma que le fue imposible digerir alimentos, desencadenando en un diagnóstico de desnutrición severa.

En razón a esta crisis, un miembro de la Fundación United for Justice facilitó el transporte y la valoración particular por dermatología en el Hospital San Rafael de Fusagasugá, en donde fue diagnosticada con “Epidermolisis Bullosa No Específica”, desconociendo que la enfermedad de la menor era “Epidemólisis Bullosa Distrófica” que es la más grave de las enfermedades de este tipo. Esta crisis fue tratada por médicos particulares con recursos privados, superando la infección y la desnutrición.

Por la omisión estatal y distrital y la grave situación de salud de la menor Jessica Liliana, la fundación United for Justice el 6 de octubre de 2014 presentó, junto con la denuncia internacional, una solicitud de medidas cautelares a favor de Jessica Liliana Ramírez Gaviria, pese a la existencia de una sentencia de acción de tutela y un incidente de desacato que reconocieron su vulnerabilidad y ordenaron el amparo de sus derechos fundamentales.

Los criterios de gravedad, urgencia y riesgo de un daño irreparable, se configuraron en la situación de Jessica, haciendo urgente que la CIDH interviniera para revertir la situación causada por la omisión estatal. A pesar los argumentos expuestos por el Estado en sus informes ante la CIDH, la Superintendencia Nacional de Salud señaló una situación diferente, al expedir dos resoluciones en las cuales se probó el grave incumplimiento de la Entidad Prestadora de Salud (Capital Salud), encargada de proveer la atención que la menor Jessica requería. La primera Resolución, ordenó una medida cautelar a Capital Salud y en la segunda Resolución, se probaron las recurrentes omisiones y la situación de urgencia y gravedad de la salud de Jessica, por tales razones se impuso una multa de 800 salarios mínimos mensuales legales vigentes contra Capital Salud.

El 4 noviembre de 2015, la CIDH con apoyo de un concepto técnico-científico rendido por la Organización Panamericana de la Salud, verificó que la situación de salud de la menor Jessica era grave y urgente, y que ella no contaba con un tratamiento integral y especializado, por tal razón la Comisión, por medio de la Resolución 42/2015, solicitó la adopción de medidas cautelares al Estado colombiano a favor de Jessica, y le otorgó un plazo de 15 días para que el Estado presentara información sobre la concertación e implementación de las medidas cautelares requeridas.

A pesar de todas las medidas ordenadas en pro de atender la enfermedad de la menor Jessica Liliana, las mismas no se lograron adoptar por falta de concertación. En todo este proceso, la menor Jessica Liliana presentó un cuadro de depresión severa, diagnosticada por la Fundación DEBRA COLOMBIA y conocida como antecedente médico por el Centro Médico Dermatológico Federico Lleras Acosta, por lo que era necesario que Jessica hubiese podido obtener de manera inmediata un tratamiento por el área de psiquiatría y psicología. A la menor solo le autorizaron una cita por psiquiatría un mes antes de morir.

El 19 de enero de 2016, ante el grave deterioro de la salud de Jessica y la urgencia del tratamiento por el área de psiquiatría y psicología, y la notable persistente omisión estatal, United for Justice solicitó a la Honorable Comisión una reunión de trabajo en su 157 Periodo de Sesiones Ordinarias.

El 21 de enero de 2016, dos meses y medio después de la adopción de las medidas cautelares por parte de la CIDH, el Gobierno presentó una propuesta de lo que denominó un “Plan de Manejo para la Atención Integral en Salud” y el 29 de enero United for Justice dio respuesta (PRUEBA N° 24, pp. 4, 5) a la propuesta en la cual señaló, entre otras cosas, que: “La propuesta tampoco señala cómo se van a eliminar las barreras administrativas, lo cual no es sólo fundamental para garantizar la implementación de las medidas cautelares, sino que es un mandato de obligatorio cumplimiento de la Ley 1751 de 2015. Con esta ausencia Jessica queda expuesta a una fragmentación de servicios relacionada con la autorización de las citas, servicios de hospitalización, rehabilitación y atención domiciliaria, acceso a los medicamentos, insumos y elementos como las gasas, los cuales son esenciales en su tratamiento, y además el acceso a procedimientos y servicios complementarios”. (Subrayado fuera de texto) (...) “Ante el evidente deterioro

de la salud física y psicológica de Jessica, y la urgente necesidad de generar intervenciones médicas especializadas urgentes para garantizar su vida e integridad personal, aceptamos la propuesta que el Estado colombiano presentó, como un plan de emergencia que da inicio al proceso de concertación necesario para implementar las medidas cautelares otorgadas a favor de Jessica. De la misma manera,

y por las razones expuestas, no aceptamos dicha propuesta como un Plan de Atención Integral” (subrayado nuestro). El 1° de febrero de 2016, dos días después de la respuesta presentada por United for Justice, Jessica Liliana Ramírez Gaviria murió en el hospital de Kennedy; su proceso agónico fue lento, tormentoso y solitario, ya que fue aislada por varias horas de sus padres sin explicación alguna.

La joven Jessica Liliana fue atendida en varias oportunidades en el Hospital de Kennedy, especialmente en los meses de octubre y diciembre de 2015, y enero de 2016, por presentar un cuadro de desnutrición crónica y anemia, razón por la cual tuvo que practicársele transfusiones de glóbulos rojos.

De acuerdo con la historia clínica la paciente en el ingreso al hospital en los meses de octubre y diciembre de 2015 estuvo en aislamiento por contacto, debido a su patología de base, además que no existía al momento de la valoración de los médicos signos de infección, solamente erosiones y esfacelaciones en su piel.

Pese a lo anterior en el tercer ingreso por urgencias, esto es, el 28 de enero de 2016, al presentar la misma sintomatología anterior, no se observa en la historia clínica que se haya efectuado aislamiento total por contacto debido a su enfermedad, sino que la paciente se encontraba en la unidad de urgencias.

El 30 de enero de 2016, en horas de la tarde, a la paciente le dan salida por encontrarse en condiciones de salud aceptables. Sin embargo, el 31 de enero de 2016 a las 14:37 horas ingresó nuevamente al área de urgencias del hospital Kennedy por haber presentado fiebre superior a 39 grados centígrados, malas condiciones generales con sepsis severa, escoriaciones en cuello y miembros, entre otros síntomas.

La joven Jessica Liliana no pudo ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos por no existir disponibilidad de cama, por tal razón debió estar en una sala de urgencias general.

Así mismo, se advierte que no se pudo obtener acceso venoso dado el estado de la piel de Jessica, pese a lo cual los médicos de turno procedieron a realizar paso de catéter central con éxito a la tercera punción, pero en ese momento, la paciente presentó disminución de signos vitales y se procedió a la reanimación básica, dado que la madre de la paciente no autorizó practicar medidas de reanimación avanzada, porque tal procedimiento podía afectar más el estado de salud de Jessica, así como causarle un mayor dolor físico, teniendo en cuenta que para el efecto debía procederse a realizar intubación traqueal.

Según la epicrisis del 1° de febrero de 2016, la joven Jessica Liliana presentó paro cardio respiratorio, se procedió a realizar reanimación básica por 15 minutos, sin obtener respuesta. Según la necropsia, la muerte

se debió a un “avanzado estado de infección”. De igual manera, señala, entre otras cosas, que el cuerpo presentaba “extrema delgadez y atrofia muscular”.

Jessica solo recibió del Estado las gasas necesarias para su tratamiento una vez, como resultado de la orden de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La falta de atención y cuidado especializado de sus heridas le generó un avanzado estado de infección que, entre otras causas, le ocasionó la muerte. Jessica murió esperando, entre otros asuntos, que el Estado Colombiano gestionara las medidas correspondientes para que las gasas tuvieran registro INVIMA y pudieran ser comercializadas en Colombia.”

2.2.1. La importancia de exaltar la memoria de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD

Como se pudo observar en el relato del caso de Jessica, el sector salud de la Ciudad de Bogotá fue uno de los responsables del trato inhumano y de la mala calidad de vida de **Jessica Liliana Ramírez Gaviria** y de sus familiares, por lo cual es necesario que Bogotá sea partícipe en la solución amistosa de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Jessica Liliana.

2.3. Antecedentes internacionales, nacionales y distritales

2.3.1. Contexto internacional

En resolución expedida por la ONU, se reconoció la necesidad de las personas que viven con una enfermedad rara para participar en la vida civil, política, social, económica y cultural, y que la participación efectiva y significativa de las personas que viven estos padecimientos en la toma de decisiones, incluso a través de las organizaciones que las representan, puede reforzar la eficacia de las políticas y los programas de desarrollo nacionales, regionales e internacionales relacionados con las personas que viven con una enfermedad rara, es por ello que mediante dicha resolución, expedida en el año 2021, la ONU busca principalmente que los Estados Miembros⁸: [\[1\]](#)

- Fortalezcan los sistemas sanitarios, especialmente la atención primaria, a fin de proporcionar acceso universal a una amplia gama de servicios de salud que sean seguros, de calidad, accesibles, asequibles y oportunos, y estén disponibles y clínica y financieramente integrados, lo que ayudará a empoderar a las personas que viven con una enfermedad rara para satisfacer sus necesidades de salud física y mental a fin de realizar sus derechos humanos, incluido su derecho al más alto nivel posible de salud física y

⁸ Abordar los retos de las personas que viven con una enfermedad rara y de sus familias, Septuagésimo sexto período de sesiones Tercera Comisión Tema 28 del programa Desarrollo social, Asamblea General de Naciones Unidas ,10 de noviembre de 2021

mental, y a mejorar la equidad y la igualdad sanitarias, poner fin a la discriminación y la estigmatización, eliminar las lagunas en la cobertura y crear una sociedad más inclusiva.

- Adopten estrategias, planes de acción y legislación nacionales que tengan en cuenta las cuestiones de género para contribuir al bienestar de las personas que viven con una enfermedad rara y de sus familias.

- Aborden las causas profundas de todas las formas de discriminación contra las personas que viven con una enfermedad rara, incluso mediante actividades de concienciación, la difusión de información exacta sobre las enfermedades raras y otras medidas, según proceda.
- Fomenten la creación de redes de expertos y centros multidisciplinarios especializados en enfermedades raras, entre otras, y a que aumenten el apoyo a la investigación, reforzando la colaboración internacional y la coordinación de la labor de investigación y el intercambio de datos, pero respetando su protección y la privacidad.
- Apliquen medidas nacionales para evitar dejar atrás a las personas que viven con una enfermedad rara, reconociendo que las personas que viven con una enfermedad rara a menudo se ven afectadas de forma desproporcionada por la pobreza, la discriminación y la falta de trabajo decente y empleo, y que pueden necesitar asistencia para disfrutar de un acceso igualitario a las prestaciones y los servicios, especialmente en las esferas de la educación, el empleo y la salud, y para promover su participación plena, igualitaria y significativa en la sociedad, y a que se comprometan a trabajar en favor de la integración social y el bienestar físico y mental de las personas que viven con una enfermedad rara y de sus familias y cuidadores, sin discriminación alguna.
- Formulen y apliquen políticas y programas, compartan experiencias y mejores prácticas con objeto de hacer efectivos los derechos de todas las personas que viven con una enfermedad rara, y velen por que la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible sea inclusiva y accesible para las personas que viven con una enfermedad rara.
- Implementen programas eficaces para promover la salud mental y el apoyo psicosocial de las personas que viven con una enfermedad rara, y a que promuevan políticas y programas que mejoren el bienestar de sus familias y cuidadores.
- Aceleren los esfuerzos encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, con el fin de garantizar la vida sana y promover el bienestar de todas las personas, incluidas las que viven con una enfermedad rara durante toda su vida.

2.3.2. Contexto Nacional:

En el año 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social presentó la Resolución 023 de 2023, documento que contiene el listado de las enfermedades huérfanas y raras reconocidas en el territorio nacional, derogando la Resolución 5265 de 2018. Si bien, la autoridad sanitaria, de acuerdo con el artículo 16 del Decreto 4107 de 2011 revisó las nominaciones desde el año 2019 hasta el 2021, analizando las postulaciones

de organizaciones clínicas, académicas, científicas, gremiales y de pacientes o ciudadanos, los procesos de actualización sufrieron cambios tras la aparición de la pandemia por covid-19.

La Resolución 023 de 2023, en el procedimiento incluyó la nominación de aquellas enfermedades susceptibles de ser consideradas como huérfanas, la

búsqueda y revisión de la literatura científica, la presentación sintética y clínica de la información recuperada, así como análisis llevados a cabo por expertos en enfermedades huérfanas o raras, quienes evaluaron la totalidad de patologías propuestas y consideraron su integración en el listado final con su respectiva opinión.

Además de lo anterior, el documento menciona que desde el último trimestre del 2021 y hasta el primer trimestre de 2022 se realizaron los ajustes correspondientes a los códigos de la CIE-10 para el nuevo listado.

En la versión 4.0 del listado de enfermedades huérfanas y raras (denominada así por el Ministerio de Salud y Protección Social) se cuentan 2.247 patologías; coincidiendo con el proyecto de resolución presentado sobre la materia y añadiendo 49 enfermedades huérfanas a la lista que se manejaba hasta entonces, entre ellas el Síndrome de Wiedemann-Steiner, la Enfermedad de Kawasaki, la mielitis transversa aguda (ATM), el osteosarcoma y la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

Este es un documento de uso para las entidades promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las entidades que administran los regímenes Especial y de Excepción, las secretarías de salud de los órdenes departamental, distrital, y municipal o quien haga sus veces, al Instituto Nacional de Salud (INS) y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).[\[2\]](#)

Con ello, se espera que las entidades mencionadas lleven a cabo las siguientes tareas:[\[3\]](#)

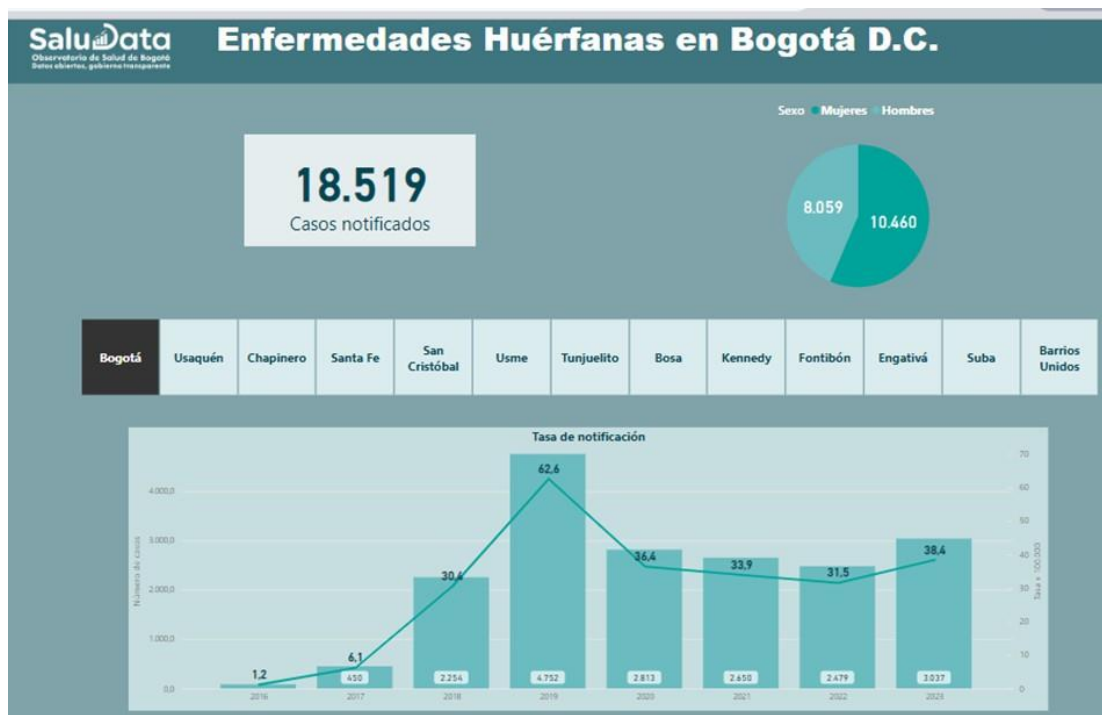
- Usar el Registro Nacional de Personas con Enfermedades Huérfanas o de los registros de información que en su contenido relacionen enfermedades huérfanas.
- Generar y administrar los registros médicos con diagnósticos de morbilidad o mortalidad.
- Notificar los nuevos casos de enfermedades huérfanas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), o el sistema de información vigente.

2.3.3. Contexto Distrital:

Según SaluData, el reporte de casos de enfermedades huérfanas raras para el Distrito de Bogotá en el año 2023 fue de 3.037 casos por residencia y al comparar con el 2019 año de mayor reporte (4.758 casos) de los últimos cuatro

se evidencia una disminución del 36,2% y al comparar con el año 2022 (2.479 casos) se

presentó un aumento del 22,5%. Tal como se puede ver en la siguiente gráfica, para abril de este año teníamos 18.519 casos notificados, de los cuales 8.059 son mujeres y 10.460 hombres⁹.



Fuente: SaluData- Secretaría Distrital de Salud, 30 abril de 2024.

En Bogotá, durante el 2023, se notificaron 4.476 casos de enfermedades huérfanas, siendo la localidad de Suba la que mayor población presenta con esta condición (408 casos) y el género femenino (1.727 casos) el más afectado.

Según Ignacio Zarante, médico genetista, asesor de la Secretaría Distrital de Salud, “la Secretaría de Salud es pionera en el territorio nacional sobre este tema. Se desarrolló una mesa técnica de Enfermedades Huérfanas desde hace 10 años; actualmente genera programas que tienen que ver con capacitación y diagnóstico sobre esta condición, que busca mejorar las vidas de los pacientes y la de sus familias, así como

9

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/en/indicadores/enfermedades-huerfanas/>

el desarrollo de actividades que buscan impulsar el conocimiento de las personas sobre este tipo de enfermedades.”

Las cifras que maneja la Administración Distrital frente a este tema indican que la enfermedad huérfana de mayor prevalencia es la esclerosis múltiple con el 8,0% (244) seguida de la displasia pulmonar con el 7,9% (243), la esclerosis sistémica cutánea limitada con el 4,8% (148) y la microtia 4,6% (140).

En cuanto a los grupos de edad la esclerosis múltiple se presenta en mayor proporción en la población de 19 a mayores de 60 años; la displasia broncopulmonar menores de 5 años, la esclerosis sistémica cutánea limitada en mayores de 27 años y la microtia en menores de 18 años.^[1]

3. RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

La comunidad mundial se encuentra en un momento crítico para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así se refirió Antonio Guterres, Secretario General de la ONU, en un documento publicado por la ONU denominado “Sustainable Development Goals Report 2021”.

Ahora bien, esta agenda 2030, contiene más de un centenar de medidas, que se encaminan a realizar o implementar los 17 ODS, allí se consigna el objetivo 3 - Salud y Bienestar.

La ONU indica que existen alrededor de 300 millones de personas que necesitan un servicio de salud universal y sin discriminaciones, donde se ponga al servicio de la comunidad, la investigación genética y biomédica, pretendiendo de esta manera que nadie quede excluido y/o marginado hacia un bienestar individual y social.



En ese sentido, en los últimos años se han logrado avances muy importantes en la mejora de la salud de las personas; aun así, las desigualdades y las barreras no solo administrativas existen en muchos países y esto ha impedido un mayor progreso hacia el cumplimiento del Objetivo 3.

Los ODS suponen un compromiso mayor y audaz para poner en marcha distintas alternativas y estrategias con el fin de poner fin a diferentes epidemias que durante años han azotado a la población mundial.

En línea con lo anterior, es necesario garantizar el acceso a los servicios de salud de una manera equitativa e igualitaria para todas las personas. Esto resulta crucial para proteger a los grupos más vulnerables y personas que residen en lugares en los cuales los servicios de salud son de difícil acceso.

Asimismo, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó formalmente una Resolución en la que se reconoce a más de 300 millones de personas que viven con una enfermedad huérfana o rara en todo el mundo. Dicha Resolución se centra en la importancia de la NO discriminación y promueven las bases fundamentales de los ODS, incluido el acceso a la educación y a un trabajo decente, la reducción de la pobreza, la lucha contra la desigualdad de género y el apoyo a la participación plena y efectiva en la sociedad.

Abordar los desafíos específicos que enfrentan las personas que viven con una enfermedad rara es un paso necesario para hacer visible esta población vulnerable y contribuir a los ODS de la Agenda 2030 de la ONU”, dijo Flaminia Macchia, directora ejecutiva de Rare Diseases International. “El consenso en apoyo de la resolución, envía un mensaje claro: no dejar a nadie atrás, es una prioridad para la ONU”.

4. RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON EL PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO 2024 - 2027 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA”

El presente Proyecto de Acuerdo se relaciona con el Plan Distrital de Desarrollo vigente, en particular, con su Objetivo Estratégico 2 “Bogotá confía en su bien-estar”, el cual contempla el Programa 10 “Salud pública integrada e integral” y el Programa 11 “Salud con calidad y en el



territorio”. Especialmente, este último programa contempla las siguientes obligaciones del Distrito:

“(…) En el marco de la atención prioritaria en salud, se abordarán de manera intersectorial y transectorial la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, para garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Así mismo, se fortalecerán la atención integrada e interdependiente, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Así mismo, se buscará reducir las barreras geográficas para que las personas puedan acceder a servicios sociales que mejoren su bienestar y calidad de vida; es decir, su salud (...)”¹⁰.

¹⁰ Concejo de Bogotá D.C. (7 de junio de 2024). Acuerdo Distrital 927 de 2024. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”. Recuperado de: <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>

5. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA INICIATIVA

A continuación, se referencian las normas jurídicas que fundamentan el presente Proyecto de Acuerdo, las cuales están relacionadas con el derecho fundamental a la salud y la regulación específica de las enfermedades huérfanas en el sistema jurídico colombiano.

5.1. Bloque de convencionalidad

En el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1966), aprobado mediante la Ley 74 de 1968, consagra en su artículo 12 el derecho a la salud de todas las personas, en los siguientes términos:

“Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...)”¹¹.

En el mismo sentido, en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), el Protocolo de San Salvador (1988), aprobado mediante la Ley 319 de 1996, consagra en su artículo 10 el derecho a la salud, así:

“Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (...)”¹².

5.2. Constitución Política de Colombia

La Constitución Política de 1991 adoptó el modelo de Estado Social y Democrático de Derecho, que tiene como algunos de sus principios fundantes a la *dignidad humana y la solidaridad* (artículo 1), así mismo, como uno de sus fines esenciales la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en esta Carta (artículo 2).

¹¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales, Sociales*

y Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

¹² Asamblea General de la OEA. (17 de noviembre de 1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Protocolo de San Salvador. San Salvador, El Salvador*. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>

Además, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia estipula que la atención de la salud es un derecho fundamental y un servicio público a cargo del Estado. En particular, establece que se debe garantizar “*el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”.

Aunado a lo anterior, se destaca que el artículo 47 constitucional prevé que “[e]l Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

5.3. Normas legales

La Ley 1392 de 2010 reconoce a las enfermedades huérfanas como asunto de especial interés en salud a nivel nacional, en los siguientes términos:

“Artículo 3°. Reconocimiento de las enfermedades huérfanas como asunto de interés nacional. El Gobierno Nacional reconocerá de interés nacional las enfermedades huérfanas para garantizar el acceso a los servicios de salud y tratamiento y rehabilitación a las personas que se diagnostiquen con dichas enfermedades, con el fin de beneficiar efectivamente a esta población con los diferentes planes, programas y estrategias de intervención en salud, emitidas por el Ministerio de la Protección Social”¹³.

Adicionalmente, su artículo 2, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011, define las enfermedades huérfanas en el sentido que se encuentra a continuación:

“Artículo 2°. Denominación de las enfermedades huérfanas. Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas (...)”¹⁴.

En segundo lugar, la Ley 1751 de 2015 reconoce a las personas como enfermedades huérfanas como sujetos de especial protección constitucional por parte del Estado así:

¹³ Congreso de la República de Colombia. (2 de julio de 2010). Ley 1392 de 2010. Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado Colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

¹⁴ *Ibíd.*

“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 (...)”¹⁵ (subrayado fuera del texto original).

5.4. Normas reglamentarias

El Decreto Nacional 1954 del 2012, compilado en la Parte 8, Título 4 del Decreto 780 del 2016, dicta disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, con el fin de disponer de datos

periódicos y sistemáticos que permitan realizar el seguimiento de gestión de las entidades responsables.

La Resolución 3681 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social constituye el primer censo de enfermedades huérfanas.

La Resolución 2048 del 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, actualizada mediante la Resolución 5265 de 2018, establece el listado de enfermedades huérfanas y define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con estas enfermedades, aplicable a las EPS, a las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y a las IPS.

La Resolución 651 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención.

La Resolución 946 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social dicta disposiciones relacionadas con el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas y la notificación de las mismas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹⁵ Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

5.5. Jurisprudencia

La Corte Constitucional de Colombia ha reafirmado que las personas con enfermedades huérfanas son sujetos de especial protección constitucional, por ejemplo, mediante las providencias T-402 de 2018 y T-399 de 2017.

Por su parte, en la reciente Sentencia T- 017 de 2023 expresó que:

“Asimismo, en virtud del artículo 11 de la Ley 1755 de 2015, la Corte ha sostenido que las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas son sujetos de especial protección constitucional], al encontrarse en una situación de debilidad manifiesta. Las dificultades especiales que enfrentan estas personas las exponen permanentemente a la vulneración de su dignidad. Por esta razón, la norma precitada establece que su “atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica” y debe ser intersectorial e interdisciplinaria. La especial protección de las personas con enfermedades huérfanas, impone al juez de tutela el deber de estar particularmente atento a advertir las causas de la vulneración de los derechos fundamentales, con el fin de detenerlas”¹⁶.

6. COMPETENCIA

El Concejo de Bogotá D.C. tiene la competencia para dictar normas relacionadas con la naturaleza y el alcance del presente Proyecto de Acuerdo, según las disposiciones constitucionales y legales vigentes. En primer lugar, el *artículo 313 de la Constitución Política de Colombia* establece que:

“ARTÍCULO 313. Corresponde a los Concejos:

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

En segundo lugar, el *artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993 - Estatuto Orgánico de Bogotá* - estipula que:

“ARTÍCULO 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley:

¹⁶ Corte Constitucional de Colombia. (3 de febrero de 2023). Sentencia T - 017 de 2023. M.P. Juan Carlos Cortes González.

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

Además, esta iniciativa no se trata de un asunto de iniciativa exclusiva del Alcalde Mayor de Bogotá, en los términos del artículo 13 del Decreto Ley 1421 de 1993. Por tanto, se cuenta con competencia para su radicación y posterior trámite en la Corporación.

7. IMPACTO FISCAL

La Ley 819 de 2003 *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”* en su artículo 7 establece:

"Artículo 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

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".

Es importante subrayar que, esta iniciativa se enmarca en el Plan Territorial de Salud 2024 - 2027, bajo el modelo de *Atención Primaria Social* de la actual Administración Distrital, que cuenta con recursos para el cumplimiento de los Programas de "*Salud Pública Integrada e Integral*" y "*Salud con calidad y en el territorio*" del Plan Distrital de Desarrollo.

En consecuencia, esta iniciativa **no tiene un impacto fiscal** por cuanto no implica la apropiación de recursos adicionales a los sectores y entidades responsables de su implementación.

8. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El presente Proyecto de Acuerdo fue construido con la participación de la Dirección de Defensa Jurídica Internacional de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, así mismo, de la familia y la apoderada judicial de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEDP.

Adicionalmente, se recibieron los aportes de la Fundación DEBRA Colombia, líder en el país en materia de apoyo a pacientes con epidermólisis bullosa (EB), también conocida como piel de mariposa, mediante la atención interdisciplinaria y el cuidado de sus necesidades.

Cordialmente,

JULIÁN RODRÍGUEZ SASTOQUE

Concejal de Bogotá D.C. Partido Alianza Verde.

ANDRÉS DARÍO ONZAGA NIÑO

Concejal de Bogotá D.C. Partido Alianza Verde.

EDWARD ANÍBAL ARIAS RUBIO.

Concejal de Bogotá D.C. Partido Alianza Verde.

9. ARTICULADO

PROYECTO DE ACUERDO NO 315 DE 2025**PRIMER DEBATE**

"POR MEDIO DEL CUAL SE EXALTA LA MEMORIA DE JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA QEPD, SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En ejercicio de las facultades que le confiere el numeral 1 del artículo 313 de la Constitución Política de Colombia y el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993

CONSIDERANDO

Que el Tribunal Administrativo de Cundinamarca en sentencia del 24 de noviembre de 2023 declaró la responsabilidad del Distrito Capital, en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y Capital Salud E.P.S. S.A.S, por los daños ocasionados con la deficiente prestación del servicio de salud que ocasionaron la muerte de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD.

Que, en el marco del procedimiento ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), durante el 188° periodo ordinario de sesiones de este organismo internacional que se realizó entre el 30 de octubre y el 10 de noviembre de 2023, el Estado colombiano reconoció su responsabilidad internacional por el incumplimiento del deber de garantizar los derechos a la vida, la integridad personal, las garantías judiciales, los derechos del niño, la protección judicial y el derecho a la salud en perjuicio de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD.

Que, el Estado colombiano, en cabeza de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, el 14 de noviembre de 2023 suscribió un Acta de Entendimiento para la Búsqueda de una Solución Amistosa con la familia de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD, con el fin de propender por su reparación integral y la búsqueda de garantías de no repetición efectivas.

Que el Concejo de Bogotá D.C., como máxima autoridad política administrativa del Distrito Capital debe contribuir a la suscripción del Acuerdo de Solución Amistosa del caso de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH).

Que, en congruencia con el ordenamiento jurídico colombiano, en particular, el artículo 93 constitucional, el Concejo de Bogotá D.C., desea que el Distrito Capital adopte e implemente medidas que contribuyan a la reparación integral en favor de la familia de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1º. OBJETO. El objeto del presente Acuerdo es exaltar la memoria de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD a través de medidas de reparación y no repetición, así como establecer los lineamientos para la formulación e implementación de la Estrategia Distrital de Atención Integral para Personas con Enfermedades Huérfanas, con el fin de aportar en la reducción de barreras y la dignificación de las condiciones de vida de esta población.

ARTÍCULO 2º. LINEAMIENTOS ESTRATEGIA DISTRITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL

PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS. La Administración Distrital, en cabeza del Sector Salud y en coordinación con las demás entidades competentes, formulará e implementará la Estrategia Distrital de Atención Integral para Personas con Enfermedades Huérfanas, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

1. **Tratamiento adecuado, oportuno e integral.** La Administración Distrital, garantizará un tratamiento adecuado, oportuno e integral para las personas con enfermedades huérfanas en el Distrito. Se

propenderá por el acceso y accesibilidad a los servicios de salud, en especial a pruebas de diagnóstico y seguimiento para las enfermedades huérfanas.

2. **Trato humanizado:** La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, realizará la formulación, implementación y evaluación de una política distrital de humanización

de los servicios de salud para las personas con enfermedades huérfanas, que involucre a todos los niveles de la asistencia sanitaria y fortalezca la calidad de la atención sanitaria, que contemple, entre otras, las siguientes medidas.

- a. La asistencia técnica por la Secretaría Distrital de Salud, para la formulación de programas y planes institucionales de humanización en salud que involucre a todos los niveles de asistencia sanitaria distrital.
- b. El respeto por los derechos de los pacientes, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial, que mejore la experiencia de las personas en el sector salud de Bogotá y dé respuesta efectiva a las necesidades de las personas
- c. La capacitación al equipo de salud asistencial y administrativo, en torno a la humanización de servicios de salud para las Entidad Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), prestadores y demás implicados en los procesos de atención en salud, en el Distrito Capital.
- d. La cultura de la humanización en los servicios de salud centrada en las personas, promoviendo, no sólo cambios regulatorios, sino en actitudes, aptitudes, habilidades y competencias de todos los implicados en la asistencia sanitaria.
- e. La atención en salud digna, con ética a los pacientes y centrada en la persona, garantizando el acceso, la oportunidad, reducción de tiempos de espera, privacidad, derecho a la intimidad.
- f. Estrategias de cuidado acorde al ciclo de vida y manejo de las patologías.
- g. Estrategias de humanización en la salud mental.
- h. Diseño de ambientes físicos humanizados y seguros.
- i. Difusión de Experiencias exitosas de humanización en el Distrito Capital.
- j. Alianzas estratégicas de los implicados en la asistencia sanitaria para propiciar una atención humanizada integral.
- k. La participación de los pacientes y sus familias en el desarrollo de las estrategias de humanización.

3. Atención psicosocial. Ofrecer en las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. o las que hagan sus veces un plan especializado e integral de atención psicosocial con controles periódicos para las personas con enfermedades huérfanas, sus familias y cuidadores.

4. Asesoría genética. Brindar en las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. del Distrito Capital o las que hagan sus veces asesoría genética y acompañamiento por parte de profesionales de esta especialidad a pacientes y familias con diagnóstico de enfermedades huérfanas.

5. Inclusión social y laboral. Otorgar prioridad a las personas con enfermedades huérfanas en el acceso a planes, programas, estrategias, proyectos, acciones y convocatorias ofertadas por el Distrito que otorguen beneficios, subvenciones o incentivos de empleo, emprendimiento, vivienda, educación, entre otros, propiciando así su inclusión social, generación de ingresos y materialización de su proyecto de vida.

6. Inclusión educativa. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría de Educación Distrital, implementará programas y proyectos enfocados en las personas con enfermedades huérfanas. Así mismo, garantizará un porcentaje mínimo de cupos escolares a la población con enfermedades huérfanas, no solo a nivel de primaria y secundaria, sino también a quienes pretendan adelantar sus estudios

universitarios.

7. Sensibilización. Implementar por la Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Educación del Distrito y la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, campañas de sensibilización innovadoras, periódicas y con diseño universal dirigidas a la ciudadanía en general que concienticen sobre las enfermedades huérfanas, enfatizando en la valía, las capacidades y los talentos de las personas que viven con ellas, como también previniendo su estigmatización.

8. Guía de práctica clínica. Realizar las gestiones y alianzas necesarias con el Gobierno Nacional para la elaboración y aplicación de guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades huérfanas en las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. del Distrito Capital o las que hagan sus veces.

9. Centros de excelencia. Ejecutar las acciones pertinentes para que en el mediano plazo en la red hospitalaria de la ciudad se cuente con al menos un (1) centro de excelencia médica para el diagnóstico y tratamiento de epidermólisis bullosa que sirva como piloto para que posteriormente se amplíe a las demás enfermedades huérfanas.

10. Investigación y transferencia de conocimiento. Fomentar y apoyar el desarrollo de investigaciones y transferencia de conocimiento de la información en salud en enfermedades huérfanas en la ciudad.

ARTÍCULO 3º. CARACTERIZACIÓN. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y en coordinación con las demás entidades competentes, realizará periódicamente caracterizaciones de las personas con enfermedades huérfanas domiciliadas en la ciudad, así como de sus

cuidadores y cuidadoras. Lo anterior, con el fin de conocer en detalle sus características sociodemográficas y condiciones de vida.

Parágrafo 1. Los resultados de esta caracterización serán divulgados a la ciudadanía general a través del sitio web que la Administración Distrital disponga para ello.

Parágrafo 2. Los hallazgos de las caracterizaciones de las que trata el presente artículo serán insumos claves para la implementación de la Estrategia Distrital de Atención Integral para Personas con Enfermedades Huérfanas.

ARTÍCULO 4º. CÁTEDRA JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA. La Administración Distrital, en cabeza del Sector Salud, creará la *Cátedra Jessica Liliana Ramírez Gaviria*, en el marco de la cual en los hospitales y centros de salud del Distrito Capital se realizarán periódicamente jornadas de

capacitación y sensibilización a todo su personal sobre las enfermedades huérfanas, en las cuales se abordará la importancia del trato humanizado y oportuno a esta población, sus familias y cuidadores, incluyendo enfoques diferenciales y de priorización.

Parágrafo. La *Cátedra Jessica Liliana Ramírez Gaviria* cobijará también a los estudiantes que desarrollan residencias y/o prácticas en la red hospitalaria del Distrito Capital.

ARTÍCULO 5º. MENCIÓN DE HONOR JESSICA LILIANA RAMÍREZ GAVIRIA. Créase la

“Mención de Honor Jessica Liliana Ramírez Gaviria” del Concejo de Bogotá D.C., con el fin de reconocer y exaltar el trabajo de las personas naturales y/o jurídicas, así como de las organizaciones de la sociedad civil, que trabajan por la defensa de los derechos de las personas con enfermedades huérfanas de la ciudad.

Parágrafo 1. La Mención de Honor “Jessica Liliana Ramírez Gaviria” constará de medalla; carpeta que contendrá en nota de estilo copia de la Resolución por medio de la cual se concede este reconocimiento y una publicación en la página web del Concejo de Bogotá D.C. y la Secretaría Distrital de Salud respecto al trabajo o actividad objeto de la condecoración.

Parágrafo 2. La Mención de Honor de que trata el presente artículo será entregada el último día del mes de febrero de cada año, en el marco de la conmemoración del Día Mundial de las Enfermedades Huérfanas.

Parágrafo 3. Los gastos que se ocasionen por la creación e imposición de esta Mención de Honor estarán a cargo del Fondo Cuenta del Concejo de Bogotá, D.C., o por la entidad que opere como ordenadora del gasto del Concejo de Bogotá, D.C.

ARTÍCULO 6º. REPRESENTACIÓN ARTÍSTICA. La Administración Distrital, en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y Capital Salud EPS-S S.A.S. en coordinación con la Secretaría Jurídica Distrital y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, realizará una representación artística tipo mural en el Hospital de Kennedy, lugar en el cual nació y falleció Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD, con el fin de dignificar su memoria y reivindicar la lucha de ella y de su familia en el tratamiento de la epidermólisis bullosa.

Parágrafo 1. La persona que realizará la intervención artística de la que trata el presente artículo será escogida de manera conjunta entre los familiares de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEDP y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte.

Parágrafo 2. La representación artística contará con un código “QR” el cual contendrá una remembranza de Jessica Liliana Ramírez Gaviria QEPD, su fecha de fallecimiento, el reconocimiento de responsabilidad realizado por el Estado colombiano y un mensaje de apoyo a los familiares y pacientes con epidermólisis bullosa.

ARTÍCULO 7°. ENTIDADES RESPONSABLES. La Administración Distrital implementará las disposiciones del presente Acuerdo a través de sus entidades competentes, bajo el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud, incluyendo a las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. y Capital Salud E.P.S. S.A.S.

ARTÍCULO 8°. INFORMES. El último día del mes de febrero de cada año, en el marco del Día Mundial de las Enfermedades Huérfanas, las entidades responsables presentarán un informe integral ante el Concejo de Bogotá D. C. sobre la implementación de las disposiciones del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 9°. REGLAMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. La Administración Distrital reglamentará e iniciará la implementación del presente Acuerdo dentro de los seis (6) meses siguientes a su entrada en vigencia.

ARTÍCULO 10°. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO NO 316 DE 2025**PRIMER DEBATE**

"POR MEDIO DEL CUAL SE INSTITUCIONALIZA EL DÍA DEL HUERTERO Y HUERTERA EN BOGOTÁ, SE CREA LA MESA DISTRITAL DE HUERTEROS EN EL DISTRITO CAPITAL., SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES "

1. OBJETO DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo tiene como objeto crear la mesa distrital de huerteros y e institucionalizar el día del Huertero y la Huertera siendo este parte de una celebración icónica como el día de la alimentación, esto en reconocimiento a la labor que realizan los huerteros y huerteras promotores de agricultura urbana en la ciudad de Bogotá D.C. para la resignificación de su trabajo de las familias, organizaciones, instituciones escolares y colectivos que a diario contribuyen a la sostenibilidad y cuidado del medio ambiente y la seguridad alimentaria desde la óptica de las técnicas actuales y ancestrales.

Adicionalmente, lo que pretende es lograr la creación de una Mesa Distrital de huerteros donde se consideren y articulen los diferentes procesos de participación, organización social que ya tienen avances e historia en la conformación de mesas y redes de AU, con el fin de fortalecer y consolidar la Mesa Distrital, con el fin que cada red local tenga participación e incidencia visibilizando los procesos de agricultura urbana, resignificando el territorio con el desarrollo de actividades de alternativas sostenibles, además de autoabastecimiento y seguridad alimentaria.

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Según el Observatorio Ambiental de Bogotá, la capital es un referente en Latinoamérica en agricultura urbana, gracias a los más de 20 mil huerteros y más de 4 mil huertas que existen en la ciudad. Las huertas urbanas son una actividad que permite la producción de alimentos saludables a través de prácticas agroecológicas en espacios urbanos y periurbanos de la ciudad, sea en el suelo blanco o duro.

Ahora bien, el Jardín Botánico de Bogotá, realiza procesos de asistencias técnicas, capacitación y fortalecimiento a huertas urbanas y periurbanas en la ciudad, este último a través de la entrega de insumos y herramientas básicos de acuerdo con cada requerimiento de la huerta para el aumento, mejoramiento y consolidación de la agricultura urbana en la capital.

De acuerdo con información suministrada por esta entidad, nos indican que, en el marco de las acciones adelantadas en la ciudad de Bogotá por el Jardín Botánico con el objetivo de acompañar a los agricultores urbanos o huerteros de manera técnica y de acuerdo a la meta de asistir 40.000 personas técnicamente y/o con transferencia tecnológica para la producción en huertas urbanas y periurbanas, planteada dentro del proyecto de inversión 7681 - Fortalecimiento de la agricultura urbana y periurbana en las localidades urbanas de Bogotá, la Entidad identificó y acompañó técnicamente en el actual plan de gobierno a más de 28.446 personas interesadas en recibir asistencia técnica en huertas caseras, comunitarias, escolares e institucionales.

Adicionalmente es importante mencionar las acciones que se desarrollan desde la Secretaría Distrital de Ambiente con las huertas en parques de montaña, la Secretaría Distrital de Educación con las huertas escolares, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico con la inclusión de huerteros en los mercados campesinos, Secretaría Distrital de Educación y Secretaría Distrital de Desarrollo Económico.

3. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

Esta iniciativa surge principalmente de la ciudadanía con la participación de las siguientes asociaciones de la Localidad de Bosa: Mujeres al surco movimiento ambiental “Huerta Orilla del Río” representada por Edilia Meneses Ariza, Laura Sofía Arango Meneses, María Elsa Pacheco, Hilda Ines Elaica, Johana Ruíz Chavarro, José David Cortés; Colectivo Tinta Silvestre “Huerta Tahuasuca” representada por Marleny Ariza Duarte, Bayron David Realpe Ariza, Johan Alfonso Cuellar Reyes y Marlyn del Carmen Quintero Colina, Huerta Quihicha representada por Lady Carolina Zambrano Hernandez, Mama Quilla Social Ecológica representada por Ivan Felipe Varela Torres, Herederas y Herederos del Saber “La Fortaleza de las Herederas” representada por Maria del Transito Arias Santos, María Herlinda Becerra y Rocío López; junto con José Luis Blanco Avendaño, David Augusto Santos Romero y Marisol Velasco Peña, estos últimos como líderes sociales quienes se reunieron en diferentes encuentros y mesas de trabajo con el objetivo de recolectar ideas e insumos que permitan institucionalizar el día del huertero y la huertera en Bogotá D.C; así como para proponer al IDPAC la creación de la mesa distrital de agricultura urbana.

Las razones de base que fundamentan la propuesta de elevar a proyecto de acuerdo es la intención de mostrar a los habitantes de la ciudad de Bogotá la importancia ambiental, social, sostenible y económica que representa la actividad de agricultura urbana, que de manera histórica han venido aportando conocimiento, generando cultura ciudadanía, recuperando espacio, fortaleciendo el tejido social y la unión familiar, además de contribuir con el cuidado del medio ambiente y la seguridad alimentaria.

La propuesta de este proyecto busca el reconocimiento a la labor que realizan los huerteros, huerteras y demás promotores de la agricultura urbana en la ciudad de Bogotá D.C., institucionalizando este día para la resignificación de su trabajo y visibilidad de las organizaciones y colectivos que a diario contribuyen a la sostenibilidad y cuidado del medio ambiente, en procura de mantener una seguridad alimentaria.

Así mismo con la implementación de la mesa distrital de agricultores urbanos, se articulan las acciones y se fortalecen los procesos sociales, escolares, comunitarios e institucionales donde se desarrolla la actividad, impactando de manera positiva a los huerteros y huerteras de la ciudad.

Las razones de base que fundamentan la propuesta de elevar a proyecto de acuerdo es la intención de mostrar a los habitantes de la ciudad de Bogotá la importancia ambiental, sostenible y económica que representa las actividades desarrolladas por los campesinos y campesinas urbanos-as que de manera histórica han venido aportando conocimiento, generando cultura ciudadanía, labrando la tierra con sus manos, para aportar al sustento de sus familias, contribuir con el cuidado del medio ambiente y la seguridad alimentaria.

No obstante lo anterior, la labor realizada en algunos casos es invisible, no es conocida por muchas personas, cuenta con un sin número de barreras por no contar con insumos, herramientas, espacios adecuados para la siembra, falta de comercialización de los productos; y en muchas ocasiones la ausencia de apoyo institucional por parte de las entidades distritales que tienen competencia en el tema; así las cosas, urge realizar acciones desde el Cabildo Distrital en pro de los huerteros y huerteras para reconocer, dignificar y garantizar su

quehacer diario.

En el marco de lo anterior, se busca institucionalizar el día del huertero y huertera en Bogotá, el cual se convierte en un requerimiento importante para la sociedad teniendo en cuenta las necesidades sociales, alimentarias, económicas y de conservación del medio ambiente dadas las condiciones actuales en el mundo entero y particularmente en la economía nacional y en el Distrito, antes, durante y después de la pandemia del Covid19, generando una brecha mayor en los estratos socioeconómicos, viéndose afectados en nuestro caso el efecto de los altos precios de los alimentos de la canasta familiar ya que actualmente se encuentran costosos y de difícil acceso; de igual forma se suma a esto la situación de falta de empleabilidad en especial de las mujeres cabeza de familia quienes por estar en el cuidado de sus hijos no tiene oportunidades laborales visibles y las pocas que se encuentran hacen que se vea más el espacio de desigualdad salarial para poder acceder al sustento diario basado en la calidad de vida de sus familias; es por ello que se crea la necesidad de hacer sustentable su alimentación diaria a partir del fortalecimiento y aprovechamiento de sus espacios a realizar en zonas blandas (como antejardines o lotes sin construcción) o en zonas duras (terrazas, patios), utilizando la fuerza de trabajo en conjunto, el contar con un área libre disponible, el aprovechamiento de las aguas lluvia y los residuos sólidos para realizar abonos orgánicos (compostaje).

También se puede evidenciar una invisibilidad a la labor, la cual requiere de la atención institucional de acuerdo a la seguridad alimentaria, todo desde el punto de vista nutricional con enfoque a la salud de los connacionales, también de forma histórica se puede determinar que el país tiene diversidad de suelos y por la falta de atención, el campo pasó hacer en segundo plano a sabiendas de la riqueza que ostentamos en la tierra y la falta de aprovechamiento de estos espacios. Es de entender que dada la participación de nuestros gobernadores y la firma de los TLC'S hizo que la situación en Colombia tuviese un punto de quiebre en la adquisición de productos de la canasta familiar y los costos se dispararon, lo cual hace que esté presente la fragilidad de muchas comunidades de estratos socioeconómicos bajos y repercuta en una asistencia en la alimentación básica sana; ahora bien, dentro de la actividad de los huerteros y huerteras, también se puede identificar que no existe un incentivo que apoye y fortalezca esta actividad, tampoco existe un control frente a la mitigación de costos de precios sobre los insumos para la actividad.

Dentro de la actividad se puede determinar que, dada la escasez de alimentos, se puede impulsar el rol de huertero y huertera como labor rutinaria siempre con la intención de solventar la escasez de alimentos, de manera que se pueda generar a través de autocultivo y ayudar al cambio climático.

Teniendo en cuenta lo anterior se requiere del compromiso de las instituciones distritales que tienen competencias en el tema, para apoyar las garantías de los huerteros y huerteras en el distrito capital, con base en programas y proyectos para la sostenibilidad económica y ambiental como, por ejemplo, las garantías laborales que adopten las instituciones que por su naturaleza deben cumplir con reglamento de los desafíos ambientales y seguridad alimentaria.

Para concluir, es pertinente indicar que, las huertas tienen una gran importancia en diferentes aspectos de la sociedad y el medio ambiente. A continuación, se mencionan algunas de las razones por las cuales las huertas son importantes:

1. **Seguridad alimentaria:** Las huertas juegan un papel crucial en la producción de alimentos. Permiten el cultivo de frutas, verduras, legumbres y hierbas, lo que contribuye a la seguridad alimentaria de las comunidades. Al cultivar alimentos localmente, se reduce la dependencia de la importación de productos agrícolas y se fomenta la autosuficiencia alimentaria.
2. **Salud y nutrición:** Las huertas proporcionan acceso a alimentos frescos y saludables. Los productos cultivados en huertas suelen ser más nutritivos que los alimentos procesados y tienen un menor contenido de pesticidas y otros productos químicos. Además, el cultivo de alimentos en huertas promueve una dieta equilibrada y diversa, lo que contribuye a una mejor salud.
3. **Protección del medio ambiente:** Las huertas contribuyen a la conservación del medio ambiente de diversas formas. En primer lugar, promueven la agricultura sostenible al utilizar técnicas de cultivo orgánicas y evitar el uso excesivo de productos químicos. Además, las huertas ayudan a conservar la biodiversidad al proporcionar hábitats para insectos beneficiosos, aves y otros animales. También reducen la huella de carbono al disminuir la necesidad de transporte de alimentos desde áreas distantes.
4. **Educación y sensibilización:** Las huertas ofrecen oportunidades educativas tanto para niños como para adultos. Son espacios donde se puede aprender sobre la importancia de la agricultura, el ciclo de vida de las plantas, la conservación de los recursos naturales y la conexión entre la comida y el medio ambiente. Las huertas comunitarias también fomentan la colaboración, el trabajo en equipo y el desarrollo de habilidades prácticas.
5. **Mejora de la calidad de vida:** Las huertas comunitarias promueven la interacción social y la cohesión entre los miembros de una comunidad. Proporcionan espacios verdes para el esparcimiento y el contacto con la naturaleza, lo que contribuye al bienestar emocional y mental de las personas. Además, las huertas pueden servir como centros de encuentro y promover la participación ciudadana.

Finalmente, la importancia de esta iniciativa radica en el impacto positivo y las oportunidades que genera esta labor de las huertas; donde tienen espacio en los mercados campesinos ya que permite el posicionamiento de la agricultura urbana, esto con el fin de apoyar a los agricultores urbanos vender sus productos, fortalecer el trueque y encadenamientos comerciales con empresas, restaurantes y otros establecimientos del sector alimenticio.

4. NORMATIVIDAD

4.1 CONSTITUCIONALIDAD

ARTÍCULO 1. “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales” ...

- Preámbulo, los artículos 1 y 2 determinan que Colombia es un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista fundado en el respeto de la dignidad humana, la diversidad étnica y cultural, estableciendo el estatus especial para las comunidades indígenas.

- El numeral 5 del artículo 40 establece que todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político, para hacer efectivo este derecho puede: “(...) 5. *Tener iniciativa en las corporaciones públicas (...)*”.

- El Artículo 58 prevé que “(...) *La propiedad es una función social que implica obligaciones. Como tal, le es inherente una función ecológica (...)*”.

- El artículo 79 establece que “*Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. Es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines*”. (Sublíneas y cursiva fuera de texto).

- El artículo 80 determina que el Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución.

- El artículo 361 modificado por el artículo 2 del Acto Legislativo 05 de 2011, ordena que los ingresos del Sistema General de Regalías se destinarán al financiamiento de proyectos para el desarrollo social, económico y ambiental de las entidades territoriales; al ahorro para su pasivo pensional; para inversiones físicas en educación, para inversiones en ciencia, tecnología e innovación; para la generación de ahorro público; para la fiscalización de la exploración y explotación de los yacimientos y conocimiento y cartografía geológica del subsuelo; y para aumentar la competitividad general de la economía, buscando mejorar las condiciones sociales de la población.

-El artículo 366 dispone que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

- El artículo 334 modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 03 de 2011 prevé que la dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso, el gasto público social será prioritario.

4.1.1 **Bloque de Constitucionalidad:**

Día Mundial del Horticultor Unesco¹

El 17 de mayo se celebra el día del Horticultor, establecido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) en todo el mundo como homenaje a las personas que trabajan

¹ https://www.clarin.com/rural/hoy-celebra-mundo-dia-horticultor_0_1Y5NemBkP.html

en la propagación de las plantas, mejora de las cosechas, abonos de las plantas e ingeniería genética, bioquímica de la planta, fisiología de la planta, y el almacenaje, procesado, y transporte de frutas, bayas, frutos secos, verduras, flores, árboles, arbustos, y césped.

Los horticultores mejoran el rendimiento de las cosechas, su calidad y su valor nutricional, su resistencia a los insectos, enfermedades, y a los cambios ambientales. Se utiliza la genética como una herramienta fundamental en el desarrollo de plantas que pueden sintetizar moléculas químicas que se pueden emplear en la lucha contra enfermedades.

Día Internacional del Agricultor

El 09 de septiembre se celebra el Día Mundial de la Agricultura como un homenaje a la ardua labor que han desempeñado las personas que con esmero le dedican su vida a cultivar la tierra, con el fin de producir alimentos frescos y de calidad, no solo para el consumo sino también en contribución a un crecimiento económico continuo de la sociedad.

FAO Sistemas de Alimentación²

Diferentes presiones -como el rápido crecimiento demográfico, la urbanización, el aumento de la riqueza y los consiguientes cambios en los hábitos de consumo- están poniendo a prueba la capacidad de nuestros sistemas alimentarios para proporcionar alimentos nutritivos y ayudar a ofrecer mejores oportunidades de subsistencia de forma medioambientalmente sostenible. Nuestros sistemas alimentarios contribuyen a los fenómenos meteorológicos extremos -y se están viendo afectados por ellos- asociados con el cambio climático, a la degradación de la tierra y la pérdida de la biodiversidad. Para hacer frente a estos desafíos es necesario un enfoque sistémico que aborde su alcance y dificultades de una manera integral y sostenible.

Un sistema alimentario sostenible es aquel que garantiza la seguridad alimentaria y la nutrición de todas las personas de tal forma que no se pongan en riesgo las bases económicas, sociales y ambientales de éstas para las futuras generaciones. Esto significa que siempre es rentable, garantizando la sostenibilidad económica; que ofrece amplios beneficios para la sociedad, asegurando la sostenibilidad social; y que tiene un efecto positivo o neutro en los recursos naturales, salvaguardando la sostenibilidad del medio ambiente.

4.1.2 Jurisprudencia de la Corte Constitucional

La línea de jurisprudencia de rango Constitucional en lo concerniente al tema ecológico y del cambio climático se desarrolla en las siguientes sentencias:

Sentencia T-406 de 1992

“La Constitución está concebida de tal manera que la parte orgánica de la misma solo adquiere sentido y razón de ser como aplicación y puesta en obra de los principios y de los derechos inscritos en la parte dogmática de la misma. La carta de derechos, la nacionalidad, la participación ciudadana, la estructura del Estado, las funciones de los poderes, los mecanismos de control, las elecciones, la organización territorial y

² <https://www.fao.org/food-systems/es/>

los mecanismos de reforma, se comprenden y justifican como transmisión instrumental de los principios y valores constitucionales. No es posible, entonces, interpretar una institución o un procedimiento previsto por la Constitución por fuera de los contenidos materiales plasmados en los principios y derechos fundamentales (...).

Sentencia T-411 de 1992

“La ecología contiene un núcleo esencial, entendiendo por éste aquella parte que le es absolutamente necesaria para que los intereses jurídicamente protegidos y que le dan vida resulten real y efectivamente tutelados. Se rebasa o se desconoce el contenido esencial cuando el derecho queda sometido a limitaciones que lo hacen impracticable, lo dificultan más allá de lo razonable o lo despojan de la necesaria protección. Los derechos al trabajo, a la propiedad privada y a la libertad de empresa, gozan de especial protección, siempre que exista un estricto respeto de la función ecológica, esto es, el deber de velar por el derecho constitucional fundamental al ambiente”.

Sentencia C- 671 de 2001

“Conforme a las normas de la Carta el medio ambiente es un derecho constitucional fundamental para todos los individuos de la especie humana y el Estado está obligado a velar por su conservación y debida protección, procurando que el desarrollo económico y social sea compatible con las políticas que buscan salvaguardar las riquezas naturales de la Nación.

Esboza Ley 628 de 2000 por medio de la cual se aprueba la ‘Enmienda del Protocolo de Montreal “... desarrolla los preceptos constitucionales que consagran la cooperación internacional en campos indispensables para la preservación de la salud y la vida de las personas, contenidos en el Preámbulo y en los artículos 1, 2 y 9 de la Carta aprobada por la Novena Reunión de las Partes’, suscrita en Montreal el 17 de septiembre de 1997(...)”.

Sentencia C-339 de 2002

“Nuestra Constitución provee una combinación de obligaciones del Estado y de los ciudadanos junto a un derecho individual (artículos 8, 95 numeral 8 y 366). Es así como se advierte un enfoque que aborda la cuestión ambiental desde los puntos de vista ético, económico y jurídico: Desde el plano ético se construye un principio biocéntrico que considera al hombre como parte de la naturaleza, otorgándoles a ambos valor. Desde el plano económico, el sistema productivo ya no puede extraer recursos ni producir desechos ilimitadamente, debiendo sujetarse al interés social, al ambiente y al patrimonio cultural de la nación; encuentra además, como límites el bien común y la dirección general a cargo del Estado. En el plano jurídico el Derecho y el Estado no solamente deben proteger la dignidad y la libertad del hombre frente a otros hombres, sino ante la amenaza que representa la explotación y el agotamiento de los recursos naturales; para lo cual deben elaborar nuevos valores, normas, técnicas jurídicas y principios donde prime la tutela de valores colectivos frente a valores individuales”.

Sentencia T-415 de 1992

“El derecho al medio ambiente y en general, los derechos de la llamada tercera generación, han sido

concebidos como un conjunto de condiciones básicas que rodean al hombre, que circundan su vida como miembro de la comunidad y que le permiten su supervivencia biológica e individual, además de su desempeño normal y desarrollo integral en el medio social. De esta manera deben entenderse como fundamentales para la supervivencia de la especie humana. Nuestra Constitución consagra no sólo la protección de los derechos fundamentales cuando quiera que estén afectados por daños ambientales, sino también unos derechos del ambiente específicos -a participar en las decisiones que lo afecten, por ejemplo- y también un derecho fundamental al medio ambiente”.

Sentencia SU-442 de 1997

“(...) Este derecho se concibe como un conjunto de condiciones básicas que rodean a la persona y le permiten su supervivencia biológica e individual, lo cual garantiza a su vez su desempeño normal y su desarrollo integral en el medio social. En este sentido, el ambiente sano es un derecho fundamental para la supervivencia de la especie humana; sin embargo, la vulneración del mismo conlleva en determinados casos, al quebrantamiento de derechos constitucionales fundamentales como la vida o la salud (...)”.

Sentencia T-760 de 2007

“(...) La protección al medio ambiente es un principio que irradia todo el orden jurídico puesto que es obligación del Estado proteger las riquezas naturales de la Nación. De otro lado, aparece como el derecho de todas las personas a gozar de un ambiente sano, derecho constitucional que es exigible por diversas vías judiciales. Y, finalmente, de la constitución ecológica derivan un conjunto de obligaciones impuestas a las autoridades y a los particulares”.

Sentencia T 154 de 2013

“La conservación del ambiente no solo es considerada como un asunto de interés general, sino principalmente como un derecho internacional y local de rango constitucional, del cual son titulares todos los seres humanos, “en conexidad con el ineludible deber del Estado de garantizar la vida de las personas en condiciones dignas, precaviendo cualquier injerencia nociva que atente contra su salud”. Al efecto, la Constitución de 1991 impuso al Estado colombiano la obligación de asegurar las condiciones que permitan a las personas gozar de un ambiente sano, y dispuso el deber de todos de contribuir a tal fin, mediante la participación en la toma de decisiones ambientales y el ejercicio de acciones públicas y otras garantías individuales, entre otros”.

4.2 LEGALIDAD

Ley 9 de 1979, “*por la cual se dictan medidas sanitarias*”

Decreto Ley 2811 de 1974, Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente

Ley 165 de 1994 Por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la Diversidad Biológica", hecho en Río de Janeiro el 5 de junio de 1992

4.3 Normatividad Distrital:

Decreto 555 de 2021 “Por medio del cual se adopta la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial para Bogotá D.C.”

El numeral 12 del artículo 4 sobre los principios rectores determina que la autonomía y seguridad alimentaria, a través de la protección de sus suelos agrícolas y pecuarios, la garantía de su conectividad vial y el fomento de prácticas sostenibles para la producción de alimentos orgánicos y de la mejor calidad, para distribución de circuitos cortos.

El artículo 8 de la política de revitalización urbana y protección a moradores y actividades productivas, se orienta a intervenir estratégicamente, vinculando las dinámicas patrimoniales, ambientales, sociales y culturales, para proteger y garantizar la permanencia y calidad de vida de los pobladores originales de las zonas de intervención, lo que significa atender los espacios de relación y a la calidad del espacio público, contemplando la diversidad social y de usos, la percepción de libertad, el sentimiento de comunidad, respetar todas las formas de vida, junto al cuidado y mantenimiento del ambiente, tanto natural como construido, y en términos de acceso a la vivienda, al empleo y a los servicios públicos domiciliarios. La revitalización urbana se asegura de proveer a la ciudad con mejores estándares de sostenibilidad ambiental, a través del ecourbanismo, y la mejor integración de los espacios verdes, naturales y resilientes con los entornos de vida, asegurando un hábitat digno, impulsando la economía y consolidando el sentido de pertenencia en los sectores de intervención.

El artículo 9 sobre los elementos Locales del Modelo de Ocupación Territorial prevé que el reverdecimiento urbano como garantía de conectividad de los ecosistemas estratégicos que estructuran el territorio

El artículo 11 sobre conectores ecosistémicos sostiene que “(...) Su propósito está orientado a la gestión, manejo y consolidación de la diversidad biológica y los procesos ecológicos, incremento de la conectividad de los ecosistemas, paisajes, el aumento de la permeabilidad y coberturas vegetales verdes en el Distrito Capital y la recuperación ambiental de los corredores hídricos, a través de acciones incluidas en el contenido programático del presente Plan (...)”.

En la sección 1 sobre las definiciones de los usos de las DEFINICIONES DE LOS USOS DE LA ESTRUCTURA ECOLÓGICA PRINCIPAL

Artículo 43. Definición de los usos de la Estructura Ecológica Principal. Para los usos y condicionamientos al interior de la Estructura Ecológica Principal, se aplicarán las siguientes definiciones:

“... Uso: Sostenible: Comprende todas las actividades de producción y extracción, relacionadas con el aprovechamiento sostenible de la diversidad

b. Agricultura urbana y periurbana - AUP-. Actividades agroecológicas como un modelo de producción, comercialización y consumo de alimentos en espacios urbanos y periurbanos, que permita la organización de comunidades aledañas para implementar Sistemas agrícolas hacia la soberanía alimentaria, por medio de prácticas en las que se aprovechen los residuos, se optimicen los recursos y no interrumpa las interacciones

con los ecosistemas. Podrán emplearse, entre otros, los siguientes sistemas agrícolas: Agricultura vertical, sistemas biointensivos, sistemas de raíces flotantes, producción en camas elevadas, agricultura del reciclaje, agricultura familiar, producción y manejo de fertilizantes biológicos y preparación de bio controladores, según los lineamientos de la autoridad ambiental competente...”

Artículo 74. Condicionamientos y lineamientos de los usos de la Estructura Ecológica

Principal. Para el desarrollo de los usos dentro de la Estructura Ecológica Principal deben cumplir con los siguientes requisitos:

Las actividades de agricultura urbana y periurbana y la agroecología se realizarán bajo el liderazgo del sector Ambiente en coordinación con la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico en el marco de las competencias de cada entidad, de conformidad con las competencias establecidas en el Acuerdo 605 de 2015 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya y teniendo en cuenta en lo pertinente la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá: Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019 - 2031. Su desarrollo debe estar armonizado con el plan de manejo del área y los lineamientos establecidos en el presente Plan, con prioridad en la economía campesina, familiar y comunitaria y orientados al autoabastecimiento, mercados campesinos y la educación ambiental con enfoque agroecológico

CAPÍTULO 3 ECOURBANISMO Y CONSTRUCCIÓN SOSTENIBLE. Artículo 117. Política Distrital de Ecourbanismo y Construcción Sostenible. El presente Plan reemplaza la Política Pública Distrital de Ecourbanismo y Construcción Sostenible definida mediante el Decreto 566 de 2014, la Resolución 1319 de 2015 y el Decreto Distrital 613 de 2015.

La administración distrital, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Plan, a través de las Secretarías Distritales de Planeación, Ambiente y Hábitat adoptará mediante decreto la reglamentación de las disposiciones de Ecourbanismo y Construcción Sostenible, para lo cual tendrá en cuenta los siguientes elementos:

1. Reverdecimiento Urbano: Superficies verdes y arborización en las áreas libres privadas, infraestructura vegetada en cubierta y fachada. Artículo 121. Cobertura de espacio público ...

Artículo 122. Criterios de diseño para el sistema de espacio público peatonal y para el encuentro.

4. Conectividad ambiental. c. Se deben utilizar materiales que observen criterios de bajas emisiones, procesos constructivos y de integración con el entorno y que en su desarrollo que propendan por la sostenibilidad ambiental, de acuerdo con las condiciones que se reglamenten. para la construcción sostenible; uso de materiales reciclados e innovadores, con muros y terrazas verdes, promoción de huertas urbanas, nanotecnología con bio-concreto, ciclovías solares, plataformas que produzcan energía al ser pisadas (PA VECEN), nano-partículas en hojas

Artículo 125. Servicios conexos y actividades en el sistema de espacio público peatonal y para el encuentro.

8. Agricultura urbana. Aquellos que desarrollan modelos de producción agroecológica de alimentos en espacios urbanos, tales como, las huertas urbanas que permiten la organización de comunidades aledañas para implementar sistemas agrícolas, por medio de prácticas en las que se aprovechen los residuos, se

optimicen los recursos y no interrumpa las interacciones con los ecosistemas, utilizando una gama de tecnologías con el fin de generar procesos de apropiación en el uso, goce y disfrute del espacio público, que permita a su vez la producción de alimentos, la gestión ambiental, el uso sostenible de los recursos naturales y la construcción del tejido social. Para su desarrollo se tendrá en cuenta en lo pertinente, la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá: Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019 —2031.

Acuerdo Distrital 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”, en el artículo 34. Programa distrital de agricultura urbana y periurbana.* Se promoverá la conformación de huertas orgánicas con prácticas agroecológicas en espacios urbanos institucionales y comunitarios, a través de la implementación de un programa distrital de agricultura urbana, periurbana y rural, articulado a los mercados campesinos, con participación de organizaciones campesinas, que a través de sus estructuras garanticen que el pequeño y mediano productor campesino aporte al intercambio cultural y a la transferencia de conocimientos ancestrales, contribuyendo al proceso de implementación en terrazas, patios de viviendas, balcones de edificios y en huertas de campesinos periurbanos.

Resolución No. 361 de 30 de diciembre de 2020 *“Por la cual se establecen disposiciones en materia de reglamentación de la actividad de agricultura urbana y periurbana agroecológica en el Espacio Público del Distrito Capital, regulado por el Decreto 552 de 2018”*

Resolución No. 287 del 12 de octubre de 2021 *“Por medio de la cual se adopta institucionalmente el protocolo de agricultura urbana y periurbana agroecológica en espacio público y se dictan otras disposiciones”*

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 10. 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.*
- 13. Regular la preservación y defensa del patrimonio cultural.*
- 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.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO
ANDRÉS DARÍO ONZAGA NIÑO
Concejal de Bogotá
Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO NO 316 DE 2025**PRIMER DEBATE**

"POR MEDIO DEL CUAL SE INSTITUCIONALIZA EL DÍA DEL HUERTERO Y HUERTERA EN BOGOTÁ, SE CREA LA MESA DISTRITAL DE HUERTEROS EN EL DISTRITO CAPITAL., SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS 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 1.- OBJETO: Institucionalizar el día del Huertero y la Huertera siendo este el segundo domingo del mes de febrero de cada año en reconocimiento a la labor que ellos realizan en la ciudad de Bogotá D.C; así como hacer la creación de la Mesa Distrital de Huerteros y Huerteras.

Parágrafo. La Administración Distrital definirá los lineamientos generales y estratégicos para la creación de la Mesa Distrital de Huerteros, vinculada con las entidades competentes con la participación de la ciudadanía para promover la incidencia de las redes locales de huertas existentes con el fin de visibilizar los procesos de agricultura urbana, así mismo, visualizar la resignificación del territorio para el desarrollo de actividades de alternativas sostenibles.

ARTÍCULO 2.- DEFINICIONES. –Para efectos del presente Acuerdo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Agricultura urbana y periurbana agroecológica: Entiéndase agricultura urbana y periurbana agroecológica como un modelo de producción de alimentos en espacios urbanos y periurbanos, que permita la organización de comunidades aledañas para implementar sistemas agrícolas, por medio de prácticas en las que se aprovechen los residuos, se optimicen los recursos y no interrumpa las interacciones con los ecosistemas, utilizando una gama de tecnologías (Acuerdo 605 de 2015).

La agricultura urbana se realiza en la clasificación de suelo urbano determinada para la ciudad, y la agricultura periurbana se desarrolla en el suelo no urbano de la franja de adecuación de los cerros orientales, según el Plan de Manejo del Decreto Distrital 485 de 2015 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015), los suelos de expansión urbana y centros poblados establecidos en el Decreto Distrital 555 del 2021 POT de Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2021); lo anterior, según las normas que los implementen, adicionen, modifiquen o sustituyan.

La agricultura urbana y periurbana tiene como unidad de producción agrícola la huerta, que según su organización social puede ser: casera, comunitaria, escolar o institucional.

Huerta: es un espacio físico en el que se desarrollan sistemas agrícolas como modelos de producción de plantas alimenticias, medicinales o aromáticas, generalmente con manejo agroecológico, y donde se

promueve el acceso a la alimentación, el autoconsumo y en ocasiones la generación de excedentes para el intercambio de productos frescos o transformados. Las huertas se implementan en áreas urbanas o periurbanas, en espacios públicos y en zonas blandas (en superficies permeables, directamente en el suelo) y/o en zonas duras (en superficies construidas o duras como terrazas, balcones, o patios, en las que se utilizan contenedores). Por lo general, las huertas integran policultivos de especies vegetales de diferentes hábitos, como árboles, arbustos, enredaderas y especialmente hierbas, de las que se aprovechan, según su uso, las diferentes partes de las plantas.

De acuerdo con las características de las huertas, los conocimientos técnicos, motivaciones y posibilidades de los interesados en desarrollar sistemas agrícolas en el Distrito Capital, las huertas pueden integrar además del área de siembra o de cultivo: zona de propagación, área de aprovechamiento de residuos orgánicos para la producción de abonos y cosecha de agua lluvia.

La tipología de huertas es la siguiente:

Huertas caseras: huertas conformadas por una persona o por los integrantes de un mismo núcleo familiar.

Huertas comunitarias: huertas conformadas por miembros de diferentes núcleos familiares o por organizaciones o grupos comunitarios (vecinos, comunidad, colectivos sociales, entre otros) articulados con procesos sociales.

Huertas escolares: huertas conformadas por comunidad educativa de los jardines, colegios, universidades y similares, que integran generalmente docentes, administrativos, estudiantes y padres de familia, articulados a procesos pedagógicos y sociales.

Huertas institucionales: huertas conformadas bajo la responsabilidad de entidades o instituciones que vinculen en su proceso productivo generalmente a usuarios, beneficiarios, integrantes, empleados o funcionarios, articulados al cumplimiento de objetivos.

En el contexto urbano y periurbano, las huertas pueden integrarse funcionalmente con procesos económicos en agroparques urbanos.(Jardín Botánico 2021)

Agroparque urbano: es una huerta que articula encadenamientos productivos, integrando funcionalmente la producción agrícola con manejo agroecológico, la transformación de los productos de la huerta, la comercialización o el intercambio. La implementación de esta huerta estará acorde con los usos del suelo permitidos en el Plan de Ordenamiento Territorial y con los permisos requeridos por la autoridad competente para la producción, transformación o comercialización de los productos a que diera lugar; pueden ser huertas comunitarias, escolares e institucionales.

La implementación y mantenimiento de las huertas en espacio público será conforme al Decreto 493 de 2023 “Por medio del cual se reglamenta la administración y el aprovechamiento económico del espacio público en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” (DADEP, 2023), y Resolución 287 de 2021, “Por medio de la cual se adopta institucionalmente el Protocolo de Agricultura Urbana y Periurbana Agroecológica en Espacio Público y se dictan otras disposiciones (JBB, 2021), lo anterior, según las normas que los implementen, adicionen, modifiquen o sustituyan.

Huertero - Huertera: Personas promotoras consagradas a cultivar en espacio urbano y

periurbano, destinando sus espacios disponibles para la siembra de especies agroalimentarias para el autoconsumo o comercialización.

ARTÍCULO 3.- Lineamientos y competencias para el cumplimiento del objeto del acuerdo

A. Institucionalización del día del huertero y huertera en Bogotá de competencia del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal - IDPAC

B. Creación de la Mesa Distrital de Huerteros en el Distrito Capital y sus lineamientos de competencia del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal - IDPAC

C. Procesos de formación y capacitación en agricultura urbana de competencia del Jardín Botánico

D. Generar espacios para la comercialización de productos de las huertas urbanas y periurbanas agroecológicas (teniendo en cuenta principios de comercio justo) de competencia de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, Instituto para la Economía Social, el Jardín Botánico José Celestino Mutis y la Secretaría Distrital de Integración Social.

E. Destinación de espacios institucionales, escolares y públicos para el desarrollo de la actividad de agricultura urbana por parte de grupos organizados, de acuerdo a la normatividad vigente de competencia de la Secretaría de Educación Distrital y el Jardín Botánico José Celestino Mutis.

ARTÍCULO 4.- RESPONSABILIDADES. La Administración Distrital, en cabeza del IDPAC con el acompañamiento de la Secretaría Distrital de Ambiente, el Jardín Botánico José Celestino Mutis, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, el Instituto para la Economía Social, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría de Educación Distrital y las demás entidades competentes serán las encargadas de promover y desarrollar el día del huertero y la huertera en Bogotá y de la creación de la Mesa Distrital de Agricultura Urbana en el marco de sus competencias.

ARTÍCULO 5.-VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente acuerdo rige a partir del día siguiente de su publicación y deroga las disposiciones que sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO NO 317 DE 2025

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE BRINDAN MEDIDAS PARA PROMOVER Y FORTALECER LAS REDES DE LACTANCIA MATERNA EN EL DISTRITO CAPITAL”.

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DEL PROYECTO

El objetivo principal del presente Proyecto de Acuerdo es el de fortalecer y promover las redes de lactancia materna; así como también garantizar el derecho a la salud de las madres lactantes y a la primera infancia por medio de la promoción y fortalecimiento de las redes y a la comunidad lactante en general.

2. ANTECEDENTES.

El presente Proyecto de Acuerdo había sido presentado en el periodo legislativo anterior, el cual contó con ponencia positiva con modificaciones y fue asignado con el número 388 de 2021 en la comisión primera del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial.

Proyecto de Acuerdo.	Nombre del Proyecto	Ponentes.	Sentido Ponencia.
388 de 2021	"Por medio del cual se brindan medidas para promover y fortalecer las redes de lactancia materna en el Distrito Capital".	H.C. Celio Nieves Herrera.	Positiva con modificaciones
		H.C. Martín Rivera Álzate	Positiva con modificaciones
077 de 2022	"Por medio del cual se brindan medidas para promover y fortalecer las redes de lactancia materna en el Distrito Capital".	H.C. Luz Marina Gordillo Salinas	Positiva con modificaciones
		H.C. Ana Teresa Bernal Montañez	
159 de 2022	"Por medio del cual se brindan medidas para promover y fortalecer las redes de lactancia materna en el Distrito Capital".	H.C. Luz Marina Gordillo Salinas	Positiva con modificaciones
		H.C. Ana Teresa Bernal Montañez	

3. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna, según lo contemplado en el Plan Decenal de Lactancia Materna, es definido como la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asuma ese rol.³

Este alimento vital para la vida de los niños, además de ser la mejor opción que se puede ofrecer, es un factor de relevancia ya que influye en el desarrollo de cualquier sociedad organizada, en esencia, porque ofrece los beneficios completos que ningún otro alimento pudiera brindar; además favorece su adaptación al mundo, en el desarrollo psicoafectivo y su estrecha relación con la madre. Así mismo, es relevante indicar que la leche materna protege al menor de enfermedades infecciosas, y es el alimento más nutritivo que existe, puesto que, *“estimula su desarrollo emocional y motriz, su coeficiente intelectual, su desarrollo visual, auditivo y comunicativo”*⁴, por tanto, es dable afirmar que logrando beneficios tanto físicos como psicológicos en los menores.

La leche materna, no solo beneficia a los bebés en su alimentación, sino que también sus beneficios se extienden a las madres, desde el mismo momento del parto, toda vez que ayuda en la expulsión de la placenta, disminuye el riesgo de hemorragias posparto, evita la mastitis y reduce la probabilidad de cáncer.

Uno de los principales problemas de los menores de edad, se encuentra precisamente en la inadecuada alimentación, debido a que existe un aumento en la vulnerabilidad y riesgo de desnutrición en los menores de dos (2) años; esto los afecta tanto a ellos como individuos titulares de derechos, como a la sociedad, incrementado aún más la brecha de desigualdad.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud -OPS- ha mencionado que las practicas inadecuadas de lactancia materna, cuando no se realizan de manera exclusiva y duran los primeros seis (6) meses de vida del bebé, causan alrededor de **1,4 millones de muertes en el mundo** y del 10% de las enfermedades en niños de hasta cinco (5) años de edad, lo cual refleja un aumento en la tasa de mortalidad de los infantes (Caicedo, 2012).

3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

³ Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020.

⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.

En el siglo XX, tras una crisis de morbilidad y mortalidad infantil, surge un renovado movimiento que trabaja a favor de la lactancia materna. Las acciones en pro de ella las inician, en primera instancia, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que desarrollaron proyectos que favorecían la alimentación como derecho fundamental de la población mundial, en especial la de la infancia, luego de las infortunadas consecuencias de la Segunda Guerra Mundial en este campo.

En 1978 se hace la Declaración de Alma-Ata, en la antigua Unión Soviética (URSS), sobre Atención Primaria de Salud, en la cual se considera *“la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo”*,⁵ que convoca no sólo a las instituciones de salud, sino a aquellas que pudieran influir en decisiones que fomenten la igualdad entre los países desarrollados y los que están en vía de desarrollo y mejoren la calidad de vida en salud de los habitantes del planeta.

De acuerdo con la Declaración, los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales a favor de la promoción y protección de la salud de sus habitantes. Esto impulsa el desarrollo económico y social sostenido, al igual que contribuye al mejoramiento de la calidad de la vida.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual se publica en 1990. En ésta se resalta, en el artículo 24, el derecho de los niños a disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual incluye que los padres y niños conozcan los principios básicos de salud, nutrición y ventajas de la lactancia materna.

En 1991 es firmado el Memorándum de Colaboración Interagencial en “apoyo a las acciones de salud de la niñez, la mujer y los y las adolescentes”. A éste se acogieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y USAID. Posteriormente, en Roma, en la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN), se ratifica la importancia de que la lactancia materna sea una política de Estado.

⁵ Pan American Health Organization. Declaración de Alma Ata (http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Fecha de acceso: 07-12-2009.

En 2004, surge en Luxemburgo el Plan Estratégico sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa, redactado por la Comisión Europea y la Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Se considera que es una prioridad de salud pública para el continente la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia. Adicionalmente, se espera que el Plan Estratégico, al ser ejecutado, logre que en Europa mejoren las prácticas y las tasas de lactancia, la responsabilidad de los padres y la conciencia de los organismos de salud.⁶

3.2 CONTEXTO NACIONAL.

En Colombia, las acciones adelantadas en razón a la lactancia materna datan de la década de los sesenta, es en esta época donde se realiza una capacitación muy somera a un grupo de madres y personal de la salud en estos temas que, en ese entonces, no tenían el impacto que se tiene hoy en día. En 1970 el Gobierno Nacional realiza la primera campaña nacional a favor de la lactancia materna, la cual se denominó Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN).

La Ley 12 de 1991 ratifica la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia, en ese entendido, el Gobierno crea el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994, aquí se fija la primera política donde se *“permitió el desarrollo de iniciativas regionales que permitieron disminuir los índices de morbilidad y mortalidad infantil”*.

En 1993 nace en Colombia la Ley 100, la cual crea el Plan Obligatorio de Salud (POS), por medio de su artículo 162; el Plan de Atención Básica (PAB), por medio del artículo 165, *“se da prioridad a la atención materno infantil y a la Lactancia Materna”*¹⁷ en el artículo 166. Además, incluye en su artículo 132 que las Cajas, Fondos y entidades del sector público deberán financiar y administrar de forma independiente y en cuentas separadas el régimen de amparo a la maternidad. Adicionalmente, la maternidad en su totalidad debe ser cubierta financieramente por el POS.⁷

“Colombia ha participado activamente en las cumbres internacionales en las que se han promulgado las acciones que deben ser llevadas a cabo a favor de la lactancia

⁶ Plan Nacional de Lactancia 201-2020. Ministerio de Salud y Protección Social.

⁷ Ibidem

materna y la nutrición infantil, en general. En consecuencia, los compromisos del país al participar en dichas cumbres generan la necesidad de promulgar leyes y formular políticas y estrategias que fomenten la protección y promoción de la lactancia materna.

Se cuenta, igualmente, con distintos avances y logros regionales y locales, sustentados en la creación y la reglamentación de comités territoriales, sistemas locales de nutrición, programas especiales como madres canguro, estrategias regionales y municipales de compromisos políticos y técnicos a favor de la lactancia materna”⁸

3.3 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Como se puede observar, la lactancia cuenta con múltiples beneficios, tanto para los bebés como para las madres lo que redunda en beneficios para la sociedad y comunidad en general; en ese sentido con miras de fortalecer y establecer la necesidad de apoyo a las iniciativas para el fomento de la lactancia materna, se presenta a continuación el siguiente cuadro:

Beneficios para los niños	Beneficios para la madre	Beneficios para la sociedad
• La lactancia materna es el alimento ideal para los niños, si se proporciona de manera exclusiva. • Favorece el crecimiento y desarrollo físico e intelectual. • Ofrece una alimentación completa, equilibrada y adecuada. • Protección inmunológica y menor	• Se reduce la mortalidad de las madres y las hemorragias posparto. • Disminuye el riesgo de contraer cáncer. • Ayuda a recuperar el peso después del parto. • Fortalece el vínculo materno afectivo con el bebé. • Ayuda a que el útero vuelva pronto a su tamaño ideal.	◦Aminora la posibilidad de contagio de enfermedades de los niños. • Reduce los gastos en salud. • Favorece el medio ambiente, al reducir los desperdicios de alimentos sucedáneos de la leche materna. • Condición favorable para el desarrollo humano y superación

⁸ Plan Nacional Decenal de Lactancia Materna 210-2020, Ministerio de Salud y Protección Social.

frecuencia y gravedad de infecciones. • Beneficia y afianza el vínculo materno afectivo-emocional del bebé.		de barreras de ingreso a nutrición adecuada. • Avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS-.
---	--	---

La encuesta de lactancia materna -2019-, informó que las familias obtienen distinta información por medio de personas cercanas, fundaciones, y más recientemente por medio digitales como internet y redes sociales. Aquí es claro que es necesario robustecer los canales de comunicación y fortalecer y promover las redes de lactancia materna existentes.

Igualmente, dentro de los aspectos analizados por la encuesta, se identificaron las barreras y dificultades para lograr una lactancia exitosa, debido a que se contemplan factores que impactan de manera negativa esta práctica de lactancia materna, dentro de estos factores se encontraron: opiniones sociales y familiares, dificultad para realizarla por obligaciones y horas laborales, salas o sitios específicos en la cual se pueda realizar.

Esta iniciativa, trae consigo la necesidad de reconocer la labor de la mujer en su trabajo de lactancia, generando un igualdad y equidad de género, así como también poder cerrar las brechas existentes en la sociedad en cuanto a obligaciones laborales y grados salariales, brindando facilidades, mayor compromiso y reconocimiento a su labora lactante.

Uno de los problemas que se repiten con más frecuencia y dentro de las familias más vulnerables de la capital del país, es la falta de información y la distorsión de la misma, por parte de médicos, trabajadores de la salud, EPS, IPS y comunidad en general; esto deriva o tiene como consecuencia que se creen mitos y falacias alrededor de la lactancia materna en la sociedad; por ende, es necesario fortalecer y promover la lactancia materna en todos los niveles de la sociedad.

3.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Existe una correlación directa entre la lactancia, maternidad y los objetivos de desarrollo sostenible, toda vez que la lactancia materna se erige como una posibilidad de cerrar brechas y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo en los niños a los cuales se les puede brindar la misma.

Los ODS cubren temas precisos sobre la ecología, la economía y la equidad, donde se intenta dar frente a las raíces de los problemas que causan la pobreza y la desigualdad, ofreciendo una visión igualitaria en todo el mundo, considerando la lactancia materna como una clave para lograr el bienestar de la población.

Si bien las tasas de lactancia aumentaron hacia fines del siglo XX, en las últimas dos décadas se han estancado. Hoy **sólo el 37% de los menores de seis meses tienen la lactancia materna exclusiva**, en los países de medianos y bajos ingresos.

La Lactancia Materna se relaciona con los ODS a través de cinco grandes áreas:⁹



⁹ https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/Lactancia_Materna_claves.pdf



En aras de mejorar las tasas de lactancia materna es necesario que se modernice y se mejore las políticas públicas, más aún cuando ya se encuentra vencido el Plan Decenal de Lactancia Materna emitido por el Ministerios de Salud y Protección Social. Es necesario seguir fomentado, promoviendo y promocionando la lactancia materna desde la educación y los canales de comunicación propicios y accesibles a la comunidad.

3.5 Importancia de la Lactancia Materna.

La lactancia materna, se erige como una de las soluciones más simples y eficaces en aras de garantizar el derecho a la vida de la población infantil, ya que, tiene el potencial suficiente para evitar la desnutrición y muerte de los niños, así mismo, sus beneficios indican que quienes reciben la lactancia materna tienen menos probabilidad de contraer diferentes enfermedades dado sus múltiples propiedades; igualmente proporciona los nutrientes necesarios para lograr un crecimiento y desarrollo adecuado, es decir contiene todos los nutrientes perfectos en calidad y cantidad, que son de fácil digestión y absorción, porque son específicos para la especie humana.

Ahora bien, la lactancia materna establece un vínculo único entre madre-hijo, lo que deriva en una experiencia especial y singular, donde no solo protege al niño, sino también blinda y protege la salud de la madre, además es amigable con el medio ambiente y mitiga el impacto económico de las familias, en el entendido que el hogar no utilizaría productos externos, como leches artificiales, biberones y demás.

3.6 LACTANCIA MATERNA EN BOGOTÁ D.C.

Según las cifras oficiales, en Colombia solo el 36,1% de los niños menores de seis meses reciben como único alimento leche materna, lo cual dista de la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud -OMS- que recomienda que se debe llegar al 50% como mínimo; no obstante lo anterior, Bogotá cuenta con alrededor de un 45,6% de lactancia materna exclusiva en su comunidad; así mismo, la ciudad cuenta con 80 IPS que se encuentran certificadas por la Secretaría de Salud como instituciones amigas de la mujer y la infancia, que promueven su uso exclusivo de la lactancia materna en la primera infancia.

De las 342 Salas Amigas de la Familia Lactante certificadas por la Secretaría Distrital de Integración Social que hay en Bogotá, 306 están ubicadas en jardines infantiles, 4 son comunitarias y 32 corresponden a entidades públicas y privadas.

Fortalecer estas estrategias de lactancia materna exclusiva garantiza el crecimiento y atención de la primera infancia desde su gestación y sus primeros años de vida; de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN.

3.7 BARRERAS O LIMITACIONES.

En cuanto a las barreras para lograr una lactancia exitosa se han podido identificar varias a partir de los resultados arrojados por encuesta, ya que en esta se encontró que existen múltiples factores que afectan negativamente la práctica de la lactancia materna exclusiva; en esta encontramos factores como:

1. Las opiniones sociales.
2. Dificultades para realizar la práctica con las obligaciones laborales.
3. No existe un acompañamiento real de las Redes de Apoyo.
4. No se tiene un rol activo por parte de los hombres.
5. Falta de información en los profesionales de la salud.

Ahora bien, para mitigar estas limitaciones y entender la lactancia materna con la importancia debida en la alimentación saludable de la primera infancia es necesario que se focalicen esfuerzos hacia el acceso al conocimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo para la divulgación de buenas prácticas de lactancia materna.

Igualmente, lo que se pretende es que con un enfoque preventivo y pedagógico se informe a las madres gestantes y lactantes el conocimiento necesario de las mejores prácticas internacionales para la lactancia, así mismo, conocer los riesgos asociados de la lactancia materna. La información a la que se tenga acceso deber ser amplía, ilustrativa y suficiente antes del momento del parto y posteriormente; en el mismo sentido se debe contar con el acompañamiento, necesario durante el periodo de lactancia para lograr una experiencia exitosa.

Por otra parte, la familia es uno de los escenarios más importantes para garantizar los derechos de la mujer en su rol de madre, pues desde un ambiente de reconocimiento y respeto en el desarrollo de esta hermosa actividad, es que se puede ejercer su labor en su integralidad y se posibilitarán las mejores condiciones para que se pueda vivir de forma satisfactoria la maternidad, la lactancia materna y los demás procesos de crianza. Por esta razón, se propone fortalecer las redes de apoyo que tienen acceso a los hogares, dado que están conformadas por madres lactantes y con una experiencia exitosa de lactancia materna. (Caicedo Carrillo, Ocampo, Zena, & Gómez, 2017).

3.8 EVIDENCIA INTERNACIONAL.

Evidencia empírica – beneficios de la lactancia materna

País	Área	Resultados
Estados Unidos de América ¹⁰	Nacional	Todos los lactantes amamantados en forma exclusiva presentaron menores razones de probabilidad de diarrea, tos, vómitos, razones medias de enfermedad total, resfrío, infección de oído.
Estados Unidos de América ¹¹	Nacional	Los niños y niñas amamantados alguna vez tuvieron un 37% menos probabilidades de riesgo de sobrepeso y un 16% menos probabilidades de sobrepeso que los niños y niñas que nunca fueron.

¹⁰ Raisler J, Alexander C, O’Campo P. Breast-feeding and infant illness: A dose-response relationship? Am J Public Health. 1999; 89:25–30.

¹¹ Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. JAMA 2001; 285:2453–60.

Reino Unido (Escocia) ¹²	Urbana	Los niños y niñas que recibieron solo leche materna durante 15 semanas o más tenían una menor probabilidad de padecer enfermedades respiratorias que los lactantes amamantados en forma exclusiva durante menos de 15 semanas y aquellos que recibieron otros tipos de alimentación infantil. Además, una duración más prolongada de la lactancia materna se asoció con una menor probabilidad de haber tenido o tener actualmente una enfermedad respiratoria. Los lactantes que recibieron sólidos antes de las 15 semanas tuvieron un peso significativamente mayor y tenían más grasa corporal que los niños y niñas que recibieron sólidos después de las 15 semanas.
China	Distrito Xu Hui, Shanghai	Los lactantes amamantados en forma exclusiva presentaron un peso corporal medio significativamente mayor a los 4 meses que los que no fueron amamantados en forma exclusiva. La incidencia acumulada media de las enfermedades infecciosas durante el primer año de vida fue menor en lactantes amamantados en forma exclusiva que en lactantes amamantados en forma no exclusiva.
Perú ¹³	Urbano	Se observó el efecto protector de la lactancia materna contra las infecciones cutáneas.

Fuente: (León-Cava, Lutter, Ross, & Martín, 2002)

3.9 SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO

Dentro del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 *“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”* se cuenta con un marco de enfoques establecidos en el artículo 6 del Acuerdo 761 del 2020 que busca resaltar el presente acuerdo distrital:

¹² Wilson AG, Forsyth S, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: Seven year follow-up of cohort of children in Dundee infant feeding study. Br Med J. 1998;316:21–5.

¹³ Brown KH, Black RE, de Romana GL, de Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics 1989;83:31–40.

“(…) Enfoque de género. Permite comprender las relaciones de poder y desigualdad desde una perspectiva de interseccionalidad que por razones de género existen entre mujeres y hombres y que se reproducen a través de imaginarios, creencias, roles y estereotipos que afianzan las brechas de desigualdad e impiden el goce efectivo de los derechos de las mujeres a lo largo del curso de su vida, en las diferentes dimensiones del desarrollo y la vida social y comunitaria. Su fin es promover la igualdad de género y el goce efectivo de sus derechos.

Enfoque diferencial. Reconoce que existen grupos y personas que han sido históricamente discriminados debido a su pertenencia étnica o racial, orientación sexual, identidad de género, creencia religiosa, ubicación geográfica, discapacidad, situación socioeconómica, o de la intersección de diversos sistemas de discriminación que, como el racismo, la discafofia, el clasismo, la homofobia, la transfobia, la xenofobia y la intolerancia religiosa; impiden el acceso a las oportunidades en igualdad de condiciones. Este tipo de discriminación se sustenta en imaginarios, estereotipos, prejuicios y comportamientos construidos social y culturalmente que impiden la garantía plena de derechos. Su fin es hacer ajustes a la oferta institucional para garantizar adecuadamente el acceso a los bienes y servicios reconociendo las particularidades y especificidades de los distintos grupos sociales o personas.

Enfoque de cultura ciudadana. Reconoce que los comportamientos ciudadanos son multimotivados, obedecen a razones, intereses, emociones y multiregulados por la ley, por reflexión moral y la cultura. También existe autorregulación individual y colectiva y regulación mutua. El enfoque de cultura ciudadana aporta a las políticas públicas, la comprensión de que los comportamientos humanos pueden ser transformados y regulados por la ley, la cultura y la moral. Cultura ciudadana entendida como el conjunto de creencias, hábitos y comportamientos que permiten la convivencia en la ciudad y el reconocimiento de los derechos y deberes ciudadanos. (...)

En línea con lo anterior, el desarrollo del PDD se encontró fundamentado con un enfoque específico para la aplicación del presente proyecto de acuerdo, como lo son:

“(…) Cuidadora. Una Bogotá - Región cuidadora acoge, respeta y se ocupa deliberadamente de la distribución de la prosperidad colectiva. En ella se (i) construye

confianza entre los ciudadanos y las instituciones; (ii) se ejercen libremente los derechos y se cumplen los deberes; (iii) se protegen a las mujeres, niñas y niños, y poblaciones con mayor vulnerabilidad y exclusión; (iv) se reconoce, redistribuye y reduce el trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres; (v) se regula la informalidad y (vi) se disminuye la ilegalidad y la criminalidad.

Consciente. Una Bogotá - Región consciente y creadora reconoce sus debilidades y sus fortalezas, trabaja por mejorar las primeras y convierte las segundas en oportunidades colectivas; aprovecha sus potencialidades; tiene confianza en sí misma, en su ciudadanía e instituciones y es capaz de agenciar su desarrollo humano, unirse y luchar contra la corrupción, hacer más transparente y efectiva la gestión de la ciudad; pone la creación y la innovación constante al servicio del bienestar común, aprovecha la inteligencia colectiva, la tecnología y la transformación digital para el beneficio colectivo y crece y se desarrolla integralmente. (...)”

Bajo estos enfoques y atributos se concibió en el propósito No.1 *“Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política”*, con el programa sexto en los siguientes términos:

“(...) Programa 6. Sistema Distrital de Cuidado. Conjunto de servicios, regulaciones, políticas, y acciones técnicas e institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado.

El Sistema Distrital de Cuidado concibe el cuidado de, al menos dos tipos: el cuidado indirecto, que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones; y, el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños (traslado al colegio y ayuda al desarrollo de tareas escolares), el cuidado de ancianos, enfermos y personas en condición de discapacidad, y el cuidado de los animales domésticos.

Los servicios prestados por el Sistema serán brindados por el Estado, el sector privado y el sector comunitario, bajo un modelo de corresponsabilidad, con el fin de:

a) Fortalecer y ampliar la oferta de servicios de cuidado para la atención a la población con mayores niveles de dependencia funcional, incluidos los de la atención para la primera infancia, para la población con discapacidad, para la vejez y los relacionados con apoyos alimentarios.

b) Desarrollar una estrategia que valore y resignifique el trabajo de cuidado, implementando procesos de empoderamiento para cuidadoras y cuidadores, a través de servicios de reposo y recreación, y espacios de formación y homologación, incluyendo a las adultas mayores que ejercen el rol de cuidadoras, líderes comunitarias, cuidadoras de animales domésticos, mujeres rurales, indígenas, campesinas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom.

c) Implementar una estrategia de cambio cultural y pedagógica en el Distrito, frente a la corresponsabilidad en la realización del trabajo de cuidado en los hogares y comunidades, a fin de redistribuir este trabajo entre hombres y mujeres, propendiendo por el desarrollo de nuevas masculinidades.

Para desarrollar el Sistema Distrital de Cuidado, se creará una Comisión Intersectorial del Sistema, liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer como ente articulador y conformada, al menos por: la Secretaría Distrital de la Mujer, la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Cultura, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, la Secretaría Distrital del Hábitat, la Secretaría Distrital de Hacienda, y la Secretaría Distrital de Ambiente. Esta comisión se articulará con las Alcaldías Locales como apoyo para la territorialización del Sistema, y con instituciones del orden nacional. Así mismo, se articularán con el Sistema, la academia, el sector privado y la sociedad civil, conformada, entre otras, por el Consejo Consultivo de Mujeres, la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado y organizaciones de cuidadores y cuidadoras.

El Sistema Distrital de Cuidado contará con una estrategia territorial, la cual, por medio de manzanas del cuidado y unidades móviles de servicios del cuidado, atenderá, a través de una oferta intersectorial de servicios, a distintas poblaciones que requieren de servicios de cuidado y que proveen cuidado en condiciones de desigualdad. (...)”

Por todo lo anterior, es dable concluir que la finalidad del Sistema Distrital de Cuidado es contribuir a la igualdad de oportunidades para las mujeres a través de la ampliación y cualificación de la oferta institucional de servicios del cuidado, con el fin de reducir su tiempo

total de trabajo; redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado con los hombres; y contar con mecanismos para su valoración y reconocimiento social. ¹⁴

Por tanto, el presente proyecto de acuerdo promueve mejores oportunidades para la práctica de la lactancia y la protección de la mujer ante toda forma de discriminación causada por lactar a sus bebés, ocasionando un impacto positivo para avanzar hacia la equidad de género y la reducción de brechas salariales.

Es así como, el presente proyecto de acuerdo se encuentra engranado con las finalidades, proyectos, enfoques y atributos del presente Plan de Desarrollo Distrital permitiendo una articulación entre la necesidad evidenciada y expuesta con los programas a ejecutar por la Administración.

4. MARCO JURÍDICO

4.1 DERECHO COMPARADO

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
Declaración Universal de los Derechos Humanos – ONU	1948	La Carta de los Derechos humanos comprende la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y sus dos Protocolos facultativos. En virtud de la Declaración Universal de los Derechos humanos, el ideal del ser humanos es ser libre, y gozar de sus libertades civiles y políticas para ser liberado de la miseria, Dichos derechos no pueden ser realizados sino son utilizados como condiciones que permitan a cada persona de gozar de estos derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, civiles y culturales.

¹⁴ Información tomada de : <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/el-sistema-distrital-de-cuidado-un-logro-historico-para-las-mujeres>

Convención de los Derechos del Niño.	1983	OIT Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) núm. 159, y la Recomendación núm. 168 / sobre los derechos de las personas con discapacidad.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	1979	Eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad de hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”
Convención sobre los Derechos del Niño – ONU	1989	Aprobada por el Congreso de la República en la Ley 12 de 1991. Ratificada el 28 de enero de 1991. Promulgada por el Decreto 94 de 1992, 'por el cual se promulgan la Convención sobre los Derechos del Niño y la reserva formulada por Colombia respecto de su artículo 38, numerales, 2o. y 3o'. En vigencia para Colombia desde el 28 de febrero de 1991.
Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad - OEA	1999	Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad. Establece que la discriminación se manifiesta con base a cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga como efecto impedir a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Resalta que la distinción solo se justifica si está al servicio de una mejor y mayor inclusión. Aprobada por el Congreso de la República en la Ley 762 de 2002. En vigencia para Colombia a partir del 11 de marzo de 2004

Convención de las personas con discapacidad ONU	2006	El propósito de la convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto los derechos humanos por las personas con discapacidad. Cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad. En su artículo 23 del numeral 1, se reconoce que los niños y niñas con discapacidad “deberán disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación del niño en la comunidad”. En el artículo 24 del numeral 1 se reconoce el derecho que los niños y niñas con discapacidad tienen al “más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.” En vigencia para Colombia a partir del 10 de junio de 2011.
---	------	---

4.2 MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO
CONSTITUCIONALIDAD

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, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general
------------	---

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 13	El Estado deberá proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.
Artículo 29	Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.
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: (...) 14. Reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años, y adelantar los programas de vacunación y prevención de las enfermedades que afectan a la infancia y a la adolescencia y de los factores de riesgo de la discapacidad.
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. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley. Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes. La Ley reglamentará la progenitura responsable. La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos. Las formas del matrimonio, la edad y capacidad para contraerlo, los deberes y derechos de los cónyuges, su separación y la disolución del vínculo, se rigen por la ley civil.

	Los matrimonios religiosos tendrán efectos civiles en los términos que establezca la ley. Los efectos civiles de todo matrimonio cesarán por divorcio con arreglo a la ley civil. También tendrán efectos civiles las sentencias de nulidad de los matrimonios religiosos dictadas por las autoridades de la respectiva religión, en los términos que establezca la ley. La ley determinará lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes derechos y deberes.
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
Artículo 54	Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.”

LEGAL

NORMATIVA DISTRITAL Y NACIONAL	APLICACIÓN
Código Sustantivo del Trabajo modificado por el Decreto 13 de 1967	Impone la obligación al empleador de conceder a la trabajadora dos descansos, de treinta minutos cada uno, dentro de la jornada para amamantar a su hijo sin que ello implique una disminución salarial.
Ley 12 de 1991:	Todos los sectores de la sociedad deben conocer los principios básicos y beneficios de la lactancia materna, la

	salubridad, la adecuada higiene y el saneamiento ambiental.
Ley 1823 de 2017	Salas Amigas de la familia lactante: Busca implementar las salas amigas de lactancia en las entidades públicas y privadas se encuentra cumpliendo su pretensión, pues se están cumpliendo los plazos de implementación de las Salas amigas de la familia lactante.
Decreto 1397 de 1992	Suscribe el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna en donde se reglamenta la comercialización y publicidad de los sucedáneos con el fin de que estos no se conviertan en sustitutos de la leche materna en los casos que sea posible la lactancia y el amamantamiento.
CONPES 3861 de 2016	Distribuyó los recursos del Sistema General de Participaciones y con respecto al tema de salud y bienestar afirmó que las líneas de inversión a cargo del Ministerio de Salud contemplan el mejoramiento de las acciones en salud desde antes de la concepción, durante la gestación, el parto, el puerperio, el periodo de lactancia y atención a niños y niñas menores de dos años.
Ley 1618 de 2013 Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.	A partir de la implementación del Modelo Integral de Salud, los principios del respeto a la dignidad, la autonomía individual, la participación e inclusión, entre otros, están dispuestos en los lineamientos técnicos y políticas de atención en salud que establece los procesos de aseguramiento en salud, prestación y provisión de servicios de salud y rehabilitación y acciones colectivas de salud pública.
Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se redefine el Sistema General de seguridad social en Salud y se dictan otras disposiciones”	En cumplimiento de esta normativa la Secretaría Distrital de Salud tiene como propósito garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y la plena participación de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, con el fin de tener un acceso equitativo a los procesos de inclusión social y mejoramiento de la calidad de vida.
Ley 1996 de 2019 “Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad	Se ha llevado a cabo la elección de representantes locales y distritales de discapacidad, en donde las personas con discapacidad pueden representar sin importarla condición o el sector al que pertenezcan

NORMATIVIDAD DISTRITAL

Acuerdo 480 de 2011 Concejo de Bogotá D.C.	Dispone la implementación progresiva de las Salas Amigas de la Familia lactante en el ámbito laboral de las entidades del Distrito Capital, las cuales serán apoyadas logística y técnicamente por la Secretaría Distrital de Integración Social quien las acreditará.
Acuerdo 722 de 2018 Por el cual se establecen estrategias para la promoción, fomento y apoyo a la cultura de la lactancia materna y se apoyan los bancos de leche humana en el Distrito Capital.	Establece estrategias para la promoción, fomento y apoyo a la cultura de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementaria hasta los dos años y más de edad, con el fin de asegurar sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante.
Acuerdo 245 de 2006 “Por medio del cual se institucionaliza el mes de las personas en condición de discapacidad y se dictan otras disposiciones	Desde el Sistema Distrital de Discapacidad se viene desarrollando el reconocimiento, movilización y visibilización de la población con discapacidad, la SDS ha desarrollado acciones de promoción de la salud, así como espacios comunitarios. Así mismo en octubre de cada año, las entidades distritales realizan actividades que buscan visibilizar a la población con discapacidad, sus familias y cuidadores.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ DC

Este Concejo es competente para tramitar la presente iniciativa de conformidad con las siguientes normas:

➤ **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.

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

- **Artículo 12°.** 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.

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 proyecto de acuerdo fue planteado dentro del marco fiscal del Plan de Desarrollo Distrital vigente.

ANDRÉS DARÍO ONZAGA NIÑO

Concejal de Bogotá
Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO NO 317 DE 2025

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE BRINDAN MEDIDAS PARA PROMOVER Y FORTALECER LAS REDES Y RUTAS DE LACTANCIA MATERNA EN EL DISTRITO CAPITAL”.

El Concejo de Bogotá D.C., en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, especialmente las previstas en el Decreto-Ley 1421 de 1993, Artículo 12, numeral 1

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. OBJETO: El presente Acuerdo tiene por objeto brindar medidas para promover y fortalecer las redes y rutas de lactancia materna en el Distrito Capital.

ARTÍCULO 2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN: En el marco de las medidas para promover la lactancia materna, la Administración Distrital implementará estrategias de educación y capacitación a través de las entidades competente a la mujeres gestantes y lactantes, en aras de promover espacios de pedagogía y buenas prácticas de la lactancia materna exclusiva.

ARTÍCULO 3. REGISTRO DE REDES DE LACTANCIA: La administración generará un registro público donde se pueda consultar e indagar toda la información sobre redes, rutas de apoyo y programas sobre lactancia materna exclusiva, así como realizar los trámites correspondientes y necesarios para acceder a los mismos.

Parágrafo: Se garantizará la accesibilidad de la información correspondiente al registro en comento.

ARTÍCULO 4. RUTA PREFERENCIAL. La Administración Distrital creará una ruta exclusiva y preferencial para las mujeres gestantes y lactantes con discapacidad, y sus mujeres cuidadoras con el fin de brindar accesibilidad al servicio de salud con un enfoque diferencial.

ARTÍCULO 5. RED DE APOYO Y SOLIDARIDAD A LA LABOR DE LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE CON DISCAPACIDAD: La Administración dentro de sus competencias designará una entidad coordinadora para la constitución de una Red de

Apoyo y Solidaridad a la labor de la mujer gestante y lactante con enfoque diferencial. Esta Red podrá estar articulada a las Manzanas de Cuidado y tendrá como finalidad brindar información y apoyo para la vinculación a los programas distritales ofrecidos en todos los ámbitos y sectores para mejorar la condición de vida la mujer gestante y lactante.

Parágrafo. El Distrito establecerá las condiciones de acceso y permanencia de la mujer gestante y lactante de la Red de Apoyo y Solidaridad.

ARTÍCULO 6. APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA: La Administración Distrital brindará acompañamiento y fortalecimiento a la familia de la mujer gestante y lactante, con un enfoque psicosocial.

ARTÍCULO 7. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN: La Administración contará con 6 meses para generar la estrategia de implementación y cumplimiento del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 8. INFORME: Una vez implementado el presente acuerdo la Administración tendrá 6 meses para la presentación de un informe al Concejo de Bogotá.

ARTÍCULO 9. VIGENCIA: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Bogotá a los ____ días del mes de _____ de dos mil veinticuatro (2025).