



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

AÑO I N°. 3021 DIRECTORA: ILBA YOHANNA CÁRDENAS PEÑA. JULIO 17 DEL AÑO 2020

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO N° 226 DE 2020 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE EL ACOMPAÑAMIENTO Y UNA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE FORTALECIENDO EL PARTO DIGNO, TRANQUILO Y SALUDABLE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	3952

PROYECTO DE ACUERDO N° 226 DE 2020

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE EL ACOMPAÑAMIENTO Y UNA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE FORTALECIENDO EL PARTO DIGNO, TRANQUILO Y SALUDABLE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. OBJETOS DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto dignificar y acompañar a la mujer durante el proceso de gestación, parto y posparto a través de un enfoque diferencial y una ruta integral atención médica en lactancia que tome en consideración su condición física, mental, familiar y económica.

La implementación del presente Proyecto de Acuerdo propiciará, en el corto plazo, lo siguiente:

- Mejoras en cuanto a la atención en salud para todas las mujeres en estado de embarazo, así como durante el parto y postparto.
- Herramientas dirigidas a las familias (Padres o núcleo familiar) que fortalezcan (Por medio de un acompañamiento profesional interdisciplinario), la debida preparación de los roles y eventuales problemáticas o dificultades presentadas durante todo el periodo de gestación parto, postparto y cuidado del bebé.
- Incremento en la salud y bienestar de los bebés durante los procesos de gestación, así como durante las etapas de parto y postparto. Esto incidirá en la disminución de los índices de mortalidad incrementando la edad poblacional en la ciudad y fomentando la salud.

- Aumento en los estándares de calidad de vida de los bebés, lo cual se verá reflejado en una mejora en las tasas de crecimiento y desarrollo.
- Facilidades en el acceso a programas integrales de atención y tratamientos psicológicos para las mujeres gestantes y *lactantes en las etapas de parto y post parto*.
- Estrategias oportunas que propicien un adecuado acompañamiento mental y emocional a las madres primerizas.
- Acceso a información completa, certera, integral, adecuada y saludable a las madres en proceso de gestación, parto y posparto.
- Promoción de maternidad y paternidad responsables en las etapas de gestación, parto y posparto.
- Crecimiento saludable en la lactancia para bebés.
- Una sana etapa e incentivación de alimentación materna para las mujeres en Bogotá.

En conclusión, se pretende mejorar la calidad y el acceso a la información que reciban relativas a la atención a bebés recién nacidos y al proceso de gestación, parto y posparto. De igual forma, se busca hacer de la presente propuesta una herramienta que contribuya a la mejora en la prestación de servicios de salud para esta población.

En última instancia, la idea es alcanzar un aumento en el número de nacimientos de bebés en la capital del país y combatir la tasa de mortalidad infantil, consecuencia del acompañamiento saludable e integral a las mujeres durante su proceso de gestación, parto y posparto.

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En primer lugar, y con el fin de dar sustento al presente Proyecto de Acuerdo, es importante dar claridad y relevancia a los conceptos pertinentes:

El parto natural o vaginal¹ Es un proceso fisiológico natural, mediante el cual nace un bebé. “Su desarrollo tiene un proceso previsible, unas etapas que marcan tiempos que hay que respetar y precisa de unos cuidados necesarios para las futuras mamás”². El trabajo de parto es una de las principales preocupaciones de la mujer embarazada, sobre todo, para las madres primerizas.

¹ Tomado de: <https://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/partos/index.htm>

² Tomado de: <https://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/partos/index.htm>

El puerperio o posparto. Tiene su inicio después de la expulsión de la placenta y continúa hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Durante este periodo de tiempo, (Que dura por lo general de entre 6 a 8 semanas) se desarrolla un proceso de acoplamiento entre la madre, su hijo y su entorno.

“Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres periodos sucesivos:

- * Puerperio inmediato: Las primeras 24 horas postparto.
- * Puerperio temprano: Incluye la primera semana postparto.
- * Puerperio tardío: Abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional”³.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. “Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificulta realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas, de otras personas, al igual que del recién nacido”⁴.

Según el National Institute of Mental Health de los Estados Unidos, esta condición aparece debido a que después de dar a luz los niveles hormonales (especialmente de estrógeno y progesterona), disminuyen considerablemente; lo cual ocasiona cambios químicos en el cerebro que pueden llegar a impactar negativamente el estado de ánimo. Adicional a ello, el hecho de no dormir lo suficiente como consecuencia de los desafíos propios de la maternidad, desemboca en agotamiento e incomodidad, facilitando con ello la presencia de esta condición.

Algunos de los síntomas asociados a la depresión posparto son los siguientes:⁵

- Sentirse triste, desesperanzada, sin ánimo, abrumada o vacía
- Contemplar ideas de hacerse daño a sí misma o al bebé
- Tener problemas para crear un vínculo emocional con el recién nacido
- Sentirse incapaz de cuidar al bebé o dudar de su capacidad para hacerlo
- Perder el interés en actividades que antes resultaban agradables
- Dormir mucho o tener dificultad para conciliar el sueño
- Presentar sentimientos de ira e irritabilidad
- Padecer problemas de concentración, atención y memoria.
- Presentar llanto con mayor frecuencia al normal o sin razón aparente
- Aislamiento
- Preocuparse en exceso y sentir ansiedad

³ PERALTA Octavio., *Aspectos clínicos del puerperio*, Instituto chileno de Medicina Reproductiva –ICMER, Chile, 1996, P. 1

⁴ Tomado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal/index.shtml>

⁵ Tomado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf

La depresión prenatal⁶ Es el proceso o condición médica por el cual una mujer experimenta trastornos en el estado de ánimo durante el embarazo. Está asociado directamente con la gestación y presenta una prevalencia del **10% al 15%**, siendo mucho más alta que otras alteraciones propias de estos periodos como la preclamsia o la diabetes gestacional. Por lo general se presenta entre la semana 6 y la semana 10 y a lo largo del tercer trimestre del periodo de gravidez.

Esta alteración anímica está asociada a síntomas propios de la depresión; esta vez durante el proceso de gestación. Es importante identificarla a tiempo, pues, si no se trata, puede desencadenar partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer o retrasos en el desarrollo cognitivo de los mismos (problemas de atención, memoria, concentración, aprendizaje, entre otros); esto como consecuencia de diferentes alteraciones del sueño ligadas a los estados depresivos y al descuido que puede presentar la mujer en términos médicos y de alimentación durante esta etapa

Depresión perinatal⁷. Se refiere a las alteraciones en el estado de ánimo que presenta la mujer durante y después del embarazo. La ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento pueden traer como consecuencia altos costos para el sistema de salud, dificultades en la generación de un vínculo emocional entre la madre y su hijo, problemas en la formación y desarrollo del bebé (Tanto en el vientre como en sus primeros años de vida) así como dificultades familiares y en el desenvolvimiento de la mujer en su rol de madre. Al respecto, la doctora Marian Earls, directora médica de la Guilford Child Health (GCH) afirma que “Cuando podemos ayudar a una madre a lidiar con su salud mental, básicamente estamos llegando a toda la familia”⁸.

Actualmente, la depresión perinatal afecta alrededor del 15 al 20% de las mujeres y tan sólo el 50% de ellas son diagnosticadas. Esta condición se puede presentar como consecuencia de antecedentes familiares o personales, un bebé de temperamento difícil, la edad de la madre, un parto prematuro, violencia intrafamiliar, aislamiento y/o pobreza. El peligro se incrementa cuando se presenta algún tipo de periodo de transición en la vida de la madre, cuando se encuentra en el periodo de la adolescencia o en momentos en que se dan partos múltiples.

La depresión⁹ El National Institute of Mental Health define a la “depresión clínica” o “trastorno depresivo” como “Un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias, como

⁶ MARTÍNEZ y JÁCOME *Depresión en el embarazo*, Revista colombiana de psiquiatría, Colombia, 2016.

⁷ Tomado de <https://www.healthychildren.org/Spanish/news/Paginas/Infants-Family-Affected-By-Mothers-Perinatal-Depression.aspx>

⁸<https://www.healthychildren.org/Spanish/news/Paginas/Infants-Family-Affected-By-Mothers-Perinatal-Depression.aspx>

⁹ Tomado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>

dormir, comer o trabajar”¹⁰. Para recibir este diagnóstico, se necesita que estos sentimientos persistan durante dos semanas o más.

Esta organización clasifica a la depresión en tres tipos diferentes: Depresión mayor o grave, trastorno depresivo persistente, depresión perinatal, trastorno afectivo estacional y depresión psicótica.

La lactancia materna “Es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto. Los expertos afirman que este debe ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años”¹¹

Es importante resaltar que durante el embarazo, el parto y postparto se producen cambios significativos en la mujer (De carácter físico, hormonal y mental); que se ven reflejados en una agudización de sus sentidos y emociones, en diversas transformaciones en su cuerpo; factores que, ligados a las nuevas expectativas acerca del futuro y a decisiones relativas al cambio de vida que se avecina, requieren acompañamiento y orientación profesional con el fin de mitigar dudas, miedos, y minimizar peligros frente a la salud de los futuros bebés.

SUICIDIOS DE MUJERES EN BOGOTÁ

Por otro lado, para propósitos del presente Proyecto, se presentan las siguientes cifras que ofrecen un panorama de la situación actual con respecto a las mujeres de la ciudad.

Suicidios en mujeres según grupo de edad. Bogotá D.C año 2018.

GRUPO DE EDAD	CASOS	PORCENTAJE
De 6-13 años	5	22.7%
De 14-17 años	3	13.6%
De 18-26 años	6	27.3%
De 27-44 años	3	13.6%
De 45-59 años	5	22.7%
TOTAL	22	100 %

¹²

Podemos ver que el porcentaje más alto de suicidios se presenta en Bogotá en el rango de edad de **18 a 26 años**; siendo esta una etapa en que las mujeres se encuentran en sus ciclos más fértiles. Por ello, debido a que es un sector tan vulnerable y a que un embarazo puede traer consigo fuertes impactos emocionales, se considera indispensable llevar a cabo un acompañamiento adecuado a este sector poblacional.

¹⁰ Tomado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/index.shtml>

¹¹ Tomado de: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna>.

¹² Respuestas de la proposición 185 del 23 de abril del 2019 subsistema epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) de la Secretaría Distrital de Salud.

A continuación, una serie de datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud

13

Desencadenantes primarios implicados	CASOS	PORCENTAJE
Problemas en la relación entre esposos o pareja.	3	13.6%
Inadaptación educacional y bajo rendimiento escolar.	3	13.6%
Ruptura familiar por separación o divorcio.	1	4.5%
Problemas relacionados con la crianza u otros familiares.	3	13.6%
Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas	2	9.1%
Sin dato	10	45.5 %
Total	22	100.0%

El cuadro presentado señala los desencadenantes más importantes de las conductas suicidas en las mujeres, dentro de los cuales resaltan los problemas familiares y de pareja. Esto demanda de nosotros una atención y un acompañamiento especial, teniendo en cuenta que la familia es uno de los nichos donde se desencadenan este tipo de problemáticas y que, la depresión posparto es un tema transversal a diversas sociales.

Con el fin de disminuir estos posibles casos (Y los relativos a la depresión posparto), traemos a este escenario una propuesta para fortalecer desde el ámbito distrital el apoyo psicológico, mental, emocional y médico a las mujeres; esto como una suma de esfuerzos para disminuir los riesgos dirigidos a este sector poblacional y sus familias; los cuales se presentan durante esta etapa tan importante en la mujer.

Cifras sobre depresión posparto.

La depresión posparto se presenta en el periodo comprendido entre el parto y cuatro semanas después, aunque puede extenderse hasta por un lapso de seis meses.

Para el 2019, se estima que la tasa de incidencia de esta enfermedad se incrementó, especialmente en adolescentes, llegando hasta un 20%. La doctora Ana Gilma Millán Camargo, médico psiquiatra, afirma que en Bogotá la prevalencia de la depresión posparto está en un 18.1%, mientras que en la población urbana de todo el país equivale al 15.1%. Por su parte, en zonas rurales alcanza alrededor del 6.8%.¹⁴ Las personas que se han visto más afectadas se encuentran en edades comprendidas entre los 20 y los 34 años.

¹³ Información tomada de las respuestas a la proposición 185 sobre suicidio y violencia contra la mujer realizada por la Secretaría Distrital de Salud.

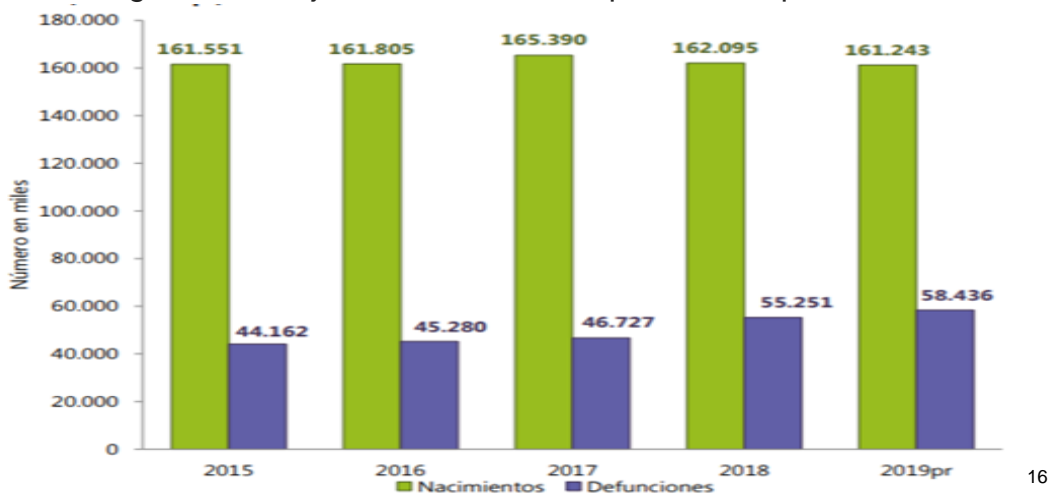
¹⁴ <https://www.colombia.com/vida-y-estilo/mujer/cuales-son-los-sintomas-de-la-depresion-posparto-y-como-combatirla-228513>

La razón por la que es importante prestar atención a esta condición radica en que se presenta con más frecuencia en mujeres con antecedentes biológicos o genéticos ligados a la depresión. Así mismo, -Según afirmaciones de la doctora Jennifer Payne, directora del Centro de Trastornos del Estado de Ánimo de las Mujeres del Hospital John Hopkins- en el hecho que puede llegar a afectar el desarrollo del bebé, disminuyendo, por ejemplo, su desenvolvimiento emocional, de lenguaje, inteligencia y comportamiento¹⁵. Para el caso de las mujeres, puede resultar no sólo incapacitante; sino además, desembocar en la muerte de la misma a consecuencia de un suicidio. De allí la relevancia de generar estrategias de prevención y acompañamiento a todas las mamás durante los procesos de gestación, parto y posparto.

Natalidad y mortalidad en Colombia.

En nuestro país la cifra de natalidad ha disminuido, hecho que quedó en evidencia en el último censo nacional de población del 2018, el cual calculó que el total de colombianos equivale a 45,5 millones y no a 50, como se tenía presupuestado. De allí se desprende un aumento en el número de abortos, lo cual se debe, en gran medida, a la falta de preparación de las mujeres frente a su futuro rol de madres.

Esta carencia nos permite concluir que nuestro país está fallando a la hora de prestar atención integral a las mujeres durante esta importante etapa.



El presente esquema suministrado por el DANE presenta la relación existente entre el número de nacimientos y el número de defunciones. De este se colige una disminución en los primeros y un aumento en los segundos. Esto se debe, entre otros, a los siguientes factores:

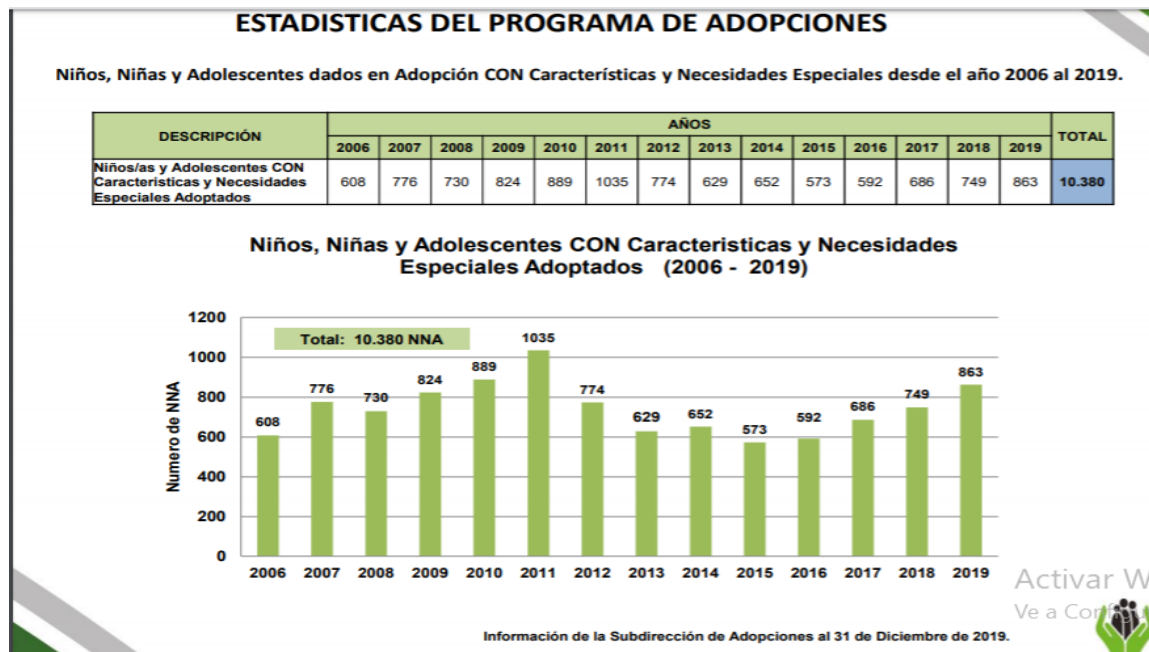
1. Las condiciones mentales y psicológicas de las mujeres.
2. Desinformación frente a los cuidados preventivos para una correcta gestación
3. Ausencia de información en lo que respecta a un parto saludable
4. Factores económicos que representan inestabilidad frente a la crianza de un bebé

¹⁵ <https://www.elespectador.com/noticias/salud/la-depresion-posparto-afecta-hasta-el-15-de-las-mujeres-articulo-809784>

¹⁶ https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitalas_IIItrim_2019pr-20-diciembre-2019.pdf

5. Ausencia de factores ligados a la paternidad responsable

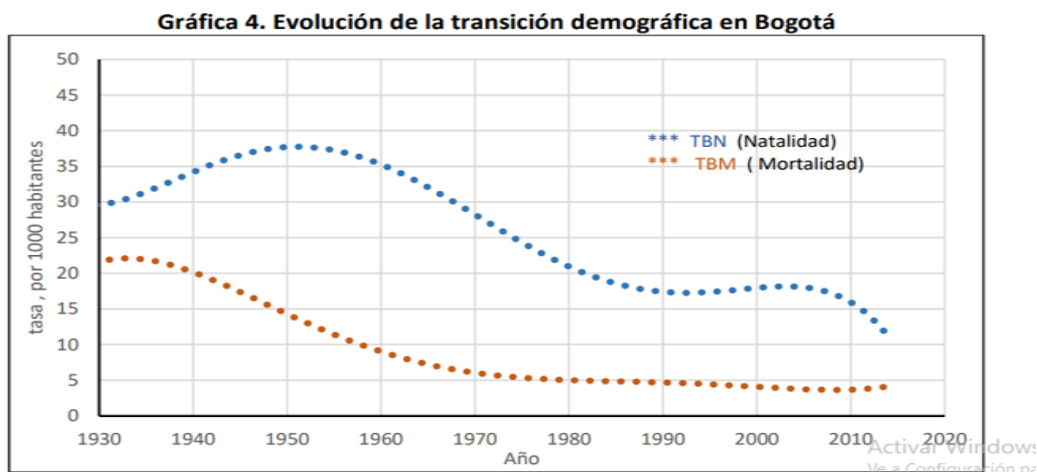
Por otro lado, las cifras en materia de adopción suministradas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, arrojan lo siguiente:



De los anteriores datos se puede colegir el aumento significativo en el número de bebés dados en adopción, lo cual hace evidente las diferentes fallas estructurales en materia estatal y distrital a la hora de adelantar un acompañamiento a las madres, padres y familias; al igual que en el suministro de información adecuada y saludable a los mismos.

Cifras demográficas en Bogotá

La Ciudad Capital lidera el descenso a nivel nacional frente a las tasas de natalidad y mortalidad, marcando una baja importante en el crecimiento natural de la población. Este proceso inició en los años sesenta y da indicios de extenderse, debido a las cifras de natalidad.



Fuente: DANE

La anterior gráfica nos muestra cómo ha descendido el número de nacimientos en la ciudad, “Por otra parte, es importante resaltar que entre 1964 y 2005 se observa una disminución de la base de la pirámide poblacional y un aumento en la población en edad de productiva”¹⁷, lo que puede llegar a traducirse en una población menos joven a futuro, debido a que actualmente hay un menor número de niños en el país (Es decir, menos adolescentes y jóvenes en unos 10 o 20 años) “A futuro se podría esperar que el incremento en la esperanza de vida al nacer se refleje en una estructura poblacional más envejecida donde se incremente el número de hogares unipersonales de individuos en edades avanzadas (López, 2007)”¹⁸. En otras palabras, el incremento de la población en la ciudad se debe ante todo al aumento en la población migrante y no a un mayor número de nacimientos.

Según la revista dinero, actualmente las cifras de nacidos vivos se reducen a 15 por cada 1000 habitantes, cuando en los años 60 este número llegaba a 45. Esto, según la publicación, disminuiría el número de la población en edad de trabajar y a largo plazo ralentizará la tasa de crecimiento del país. Adicional a ello, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud llevada a cabo entre Profamilia y el Ministerio de Salud afirmó que el número ideal de hijos por mujer debe ser de 2,1%; esto con el fin de garantizar un crecimiento equilibrado de la población.

¹⁷ Tomado de “Análisis demográfico y proyecciones poblacionales de Bogotá”. Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá, Pág 30.

¹⁸ Ét al, Pág. 30.

Rangos de edades de los menores en adopción.

AÑO	RANGOS DE EDAD										TOTALES
	0-2 0-4	3-4	5-6	7-8	2 HNOS 0-4	2 HNOS 0-5	2 HNOS 0-6	2 HNOS 0-7	2 HNOS 0-8/9/10	3 HNOS	
2006	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2007	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
2008	14	6	1	0	3	3	1	0	0	0	28
2009	17	3	1	0	2	1	1	0	0	0	25
2010	12	5	4	0	4	1	2	1	0	0	29
2011	24	7	5	1	3	2	2	1	1	0	46
2012	40	10	9	2	2	2	5	3	3	0	76
2013	33	15	10	1	4	5	4	1	9	0	82
2014	2	5	3	2	1	0	1	0	1	0	15
2015	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	5
2016	6	1	1	1	0	0	0	0	1	0	10
2017	5	0	0	0	0	0	0	0	4	0	9
2018	13	2	0	1	2	2	3	1	5	0	29
2019	97	2	3	8	2	6	14	4	0	0	136
TOTALES	267	58	38	17	23	22	34	11	25	0	495

Fuente: SIM (Módulo Adopciones).
Fecha de corte: 31 Diciembre de 2019

19

De los datos suministrados con anterioridad se puede deducir con gran preocupación la progresión en el número de bebés dados en adopción. Es importante evaluar, entonces, ¿Qué está pasando con nuestras mujeres gestantes?.

Maternidad y paternidad responsables

Es en este punto donde debe resaltarse la importancia del trabajo del cuidado en la construcción de tejido social, crecimiento económico y calidad de vida “Todas las personas -<<nacidas de mujer>>, como dice Adrienne Rich-, compartimos la experiencia de haber sido cuidadas. El empresariado, la Administración y la Universidad a menudo olvidan esta realidad que envuelve nuestros recuerdos y marca nuestro presente, ya que, sin duda, no hubiéramos podido ser lo que somos sin el trabajo de quienes nos cuidaron. Parte fundamental de nuestras vidas, el cuidado constituye el sustento de la vida humana y la condición de posibilidad de la sociedad misma y, por tanto, merece toda nuestra atención”²⁰. Es por ello que la maternidad y, en particular, las madres gestantes deben recibir mejor atención en el sistema de salud distrital pues su labor es muy importante en el proceso de gestación, parto y posparto.

Así mismo, históricamente se han definido roles sociales específicos para hombres y mujeres en relación a este punto. En términos generales, es la madre la que se dedica a las labores de crianza de los hijos y sustento emocional de la familia, y el padre a actividades ligadas a labores públicas y de provisión económica “En concreto, las concepciones que acabamos de señalar nos remiten a la división tradicional del trabajo, según la cual a las mujeres se les atribuye el trabajo reproductivo, es decir, el trabajo

¹⁹ Fuente SIM (Módulo Adopciones ICBF).

²⁰ ROYO Prieto Raquel, “Maternidad, paternidad en la CAE. ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?; Deusto Publicaciones, País Vasco, 2011, Pág 14.

doméstico y de crianza, mientras que a los hombres les corresponde la provisión económica de la familia y el ejercicio de la autoridad”²¹.

En este orden de ideas, resultan imprescindibles la labor y acompañamiento paterno en este proceso ya que los hombres son parte fundamental en la crianza y en el sistema de apoyo de la madre durante y después del parto. Esta no es una labor que le corresponde únicamente a la mujer sino que por el contrario requiere acompañamiento.

Es importante aclarar que no se está buscando desdibujar de ninguna manera el rol de las madres en este proceso ni desligarlas del mismo, sino que, por el contrario, se pretende resaltar la importancia de la intervención masculina en el proceso de gestación de la mujer y la crianza, con el fin de garantizar un proceso de gestación óptimo “En resumen, el contenido tradicional de la institución de la paternidad en nuestro contexto equipara simbólicamente la paternidad y la espiritualidad, la asocia particularmente al acto de engendrar, a la autoridad y a la función de provisión económica, distanciándose de lo afectivo y de las funciones cotidianas de la crianza. Estos son los atributos tradicionales de la paternidad en nuestra cultura, en otras palabras, esto es lo que significa ser padre.”²²

En otras palabras, con este Proyecto de Acuerdo se busca promover la paternidad responsable al igual que resignificar y reivindicar la participación y apoyo masculino en el proceso de gestación, parto y posparto al igual que en la crianza, el trabajo reproductivo y la mujer gestante. Todo esto en su conjunto incrementará la calidad de vida de la misma.

2. FUNDAMENTO LEGAL

3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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

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

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

²¹ ROYO Prieto Raquel, “Maternidad, paternidad en la CAE. ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?; Deusto Publicaciones, País Vasco, 2011, Pág 15.

²² *Ibíd*, Pág 31.

ARTÍCULO 11 derecho a la vida. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

La protección y conservación de la vida a través de la **garantía estatal impartida a la salud**, es ajena a cualquier discusión de tipo legal o contractual, pues en un Estado concebido en la forma que lo hizo la Constitución Nacional en el Artículo 1º, fundado en el respeto a la dignidad humana, es inconcebible e intolerable que ante un requerimiento de esta naturaleza se puedan interponer intereses de carácter económico o legal”.

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 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

ARTÍCULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. **La atención de la salud** y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza

a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

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

El servicio de salud se organizará en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

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

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

Artículo 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. El Estado Colombiano puede reconocer la jurisdicción de la Corte Penal Internacional en los términos previstos en el Estatuto de Roma adoptado el 17 de julio de 1998 por la Conferencia de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas y, consecuentemente, ratificar este tratado de conformidad con el procedimiento establecido en esta Constitución. La admisión de un tratamiento diferente en materias sustanciales por parte del Estatuto de Roma con respecto a las garantías contenidas en la Constitución tendrá efectos exclusivamente dentro del ámbito de la materia regulada en él.

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

3.2 LEYES Y SENTENCIAS

LEY ESTATUTARIA No. 1751/2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

SENTENCIA T-760/08. Corte Constitucional. Magistrado Ponente Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA. Estructura de la decisión

(...) Primero, se señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental, así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y, además, tenga una importante dimensión prestacional (...) (subrayado fuera de texto)

El derecho a la salud como derecho fundamental

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia.

Noción de salud

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo."⁶ La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona.⁷ En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales

como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia.⁸ (Subrayado fuera de texto).

El derecho fundamental a la salud.

"Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros - una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional³⁵ y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho.

*Lo anterior, justamente por cuanto el Estado - bajo aplicación de los principios de equidad, solidaridad, subsidiariedad y eficiencia - ha de racionalizar la prestación satisfactoria del servicio de salud a su cargo o a cargo de los particulares que obran en calidad de autoridades públicas, atendiendo, de modo prioritario, a quienes se encuentren en cualquiera de las circunstancias mencionadas con antelación. Al respecto, la Corte Constitucional ha expresado mediante jurisprudencia reiterada que, bajo estas circunstancias, aún tratándose de prestaciones excluidas del POS, del POSS, del PAB, del PAC y de aquellas obligaciones previstas por la Observación General 14, procede la tutela como mecanismo para obtener el amparo del derecho constitucional fundamental a la salud.*³⁶ (Subrayado fuera de texto).

Sentencia C-355/06

DERECHO A LA VIDA Y VIDA COMO BIEN PROTEGIDO POR LA CONSTITUCION - Diferencias

Dentro del ordenamiento constitucional la vida tiene diferentes tratamientos normativos, pudiendo distinguirse el derecho a la vida consagrado en el artículo 11 constitucional, de la vida como bien jurídico protegido por la Constitución. El derecho a la vida supone la titularidad para su ejercicio y dicha titularidad, como la de todos los derechos está

restringida a la persona humana, mientras que la protección de la vida se predica incluso respecto de quienes no han alcanzado esta condición.

VIDA-Carácter no absoluto

Si bien corresponde al Congreso adoptar las medidas idóneas para cumplir con el deber de protección de la vida, y que sean de su cargo, esto no significa que estén justificadas todas las que dicte con dicha finalidad, porque a pesar de su relevancia constitucional la vida no tiene el carácter de un valor o de un derecho de carácter absoluto y debe ser ponderada con los otros valores, principios y derechos constitucionales.

VIDA HUMANA-Determinación del momento a partir del cual se inicia no corresponde a la Corte Constitucional

Considera esta Corporación que determinar el momento exacto a partir del cual se inicia la vida humana es un problema al cual se han dado varias respuestas, no sólo desde distintas perspectivas como la genética, la médica, la religiosa, o la moral, entre otras, sino también en virtud de los diversos criterios expuestos por cada uno de los respectivos especialistas, y cuya evaluación no le corresponde a la Corte Constitucional en esta decisión.

Convención de los Derechos del Niño 1989.

La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, impone la obligación a los Estados Partes de adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños, niñas y adolescentes de toda forma de violencia y abuso.

El artículo 24...

.... c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

Ley 1098 de 2006.

“Por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia”
tiene como objeto “establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, para garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento (...)” y su finalidad es la de “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión (...);”

Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.

“Los niños, las niñas y adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de Vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos los derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción, cuidado protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

Ley 1438 del 2011

“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país

Resoluciones

Resolución No. 1515 de febrero 23 de 2016 ICBF,
lineamiento técnico del programa especializado para la atención a adolescentes y mujeres mayores de 18 años, gestantes o en periodo de lactancia, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ.

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

COMPETENCIA

La competencia del Concejo de Bogotá, D.C. para aprobar esta iniciativa se sustenta jurídicamente en el numeral 1 del artículo 12 del Decreto 1421 de 1993, que establece:

(...) DECRETO 1421 DE 1993 – ESTATUTO ORGÁNICO 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.

5. 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”.

En los respectivos Planes Plurianuales de Inversiones de los Planes de Desarrollo, se incluirá la proyección de los costos y fuentes de financiación de los principales programas y proyectos de inversión pública para la ejecución de las metas e indicadores de cumplimiento que defina la Administración Distrital, relacionadas con los programas de mujeres gestantes, madres cabeza de familia y población de especial protección.

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, ya que la administración está en la obligación de ofrecer más y mejores servicios a la ciudadanía dentro del ámbito de sus competencias en especial de las políticas públicas de salud, protección a la maternidad y menores de edad.

Honorables concejales, teniendo en cuenta lo anterior pongo a su consideración este proyecto de acuerdo con el siguiente articulado.

Cordialmente;

SARA JIMENA CASTELLANOS
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

NO HAY FIRMA DIGITAL
MARÍA VICTORIA VARGAS SILVA
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

GERMÁN AUGUSTO GARCÍA MAYA
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

LUZ MARINA GORDILLO SALINAS
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

ARMANDO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

ALVARO ACEVEDO LEGUIZAMON
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

SAMIR ABISAMBRA VESGA
H.C CONCEJAL DE BOGOTÁ

PROYECTO DE ACUERDO N° 226 DE 2020

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE EL ACOMPAÑAMIENTO Y UNA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE FORTALECIENDO EL PARTO DIGNO, TRANQUILO Y SALUDABLE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

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

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de la Mujer, garantizará la correcta atención psicológica a las mujeres durante el proceso de gestación, parto y posparto, con el fin de prevenir, detectar, diagnosticar y tratar a tiempo la depresión perinatal.

PARÁGRAFO: Establecerá una ruta de atención integral en salud y social por ciclo vital, diferencial a las mujeres Lactantes y sus recién nacidos.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de la Mujer, implementará acciones, talleres y acompañamiento psicosocial necesario dentro de los programas destinados a asegurar una atención integral a mujeres en situación de depresión perinatal, con el fin de asegurar la calidad de vida tanto de la madre como del recién nacido y su familia.

ARTÍCULO TERCERO: La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de la Mujer se encargará de la correcta y adecuada difusión de información a través de las diferentes EPS e IPS de la ciudad relativa a la depresión perinatal con el fin de identificar factores de riesgo, hacer diagnósticos tempranos e impartir los tratamientos adecuados a las mujeres en proceso de gestación y lactancia materna en Bogotá.

ARTÍCULO CUARTO: El Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de la Mujer se encargará de la correcta y adecuada difusión de información mediante talleres y charlas en lo relativo a la paternidad responsable en el proceso de gestación, parto y posparto.

ARTÍCULO QUINTO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE