



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

AÑO II N°. 3101 DIRECTORA: ILBA YOHANNA CÁRDENAS PEÑA ENERO 15 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO No. 046 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA AMPLIAR LA PÓLIZA DE SEGUROS A LOS USUARIOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE DEL TERCER MILENIO - TRANSMILENIO S.A.”.....	768
PROYECTO DE ACUERDO No. 047 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO DE CÁMARAS DE SEGURIDAD Y CIRCUITOS CERRADOS DE TELEVISIÓN (CCTV) DEL DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”.....	786
PROYECTO DE ACUERDO No. 048 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN NUEVOS LINEAMIENTOS PARA ACTUALIZAR LA POLITICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	798
PROYECTO DE ACUERDO No. 049 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	856

PROYECTO DE ACUERDO No. 046 DE 2021

PRIMER DEBATE

POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA AMPLIAR LA PÓLIZA DE SEGUROS A LOS USUARIOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE DEL TERCER MILENIO - TRANSMILENIO S.A.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

El presente proyecto de acuerdo tiene por objeto establecer lineamientos con el fin de ampliar la póliza de responsabilidad civil extracontractual a los usuarios de la empresa de transporte del tercer milenio - Transmilenio S.A., que sean víctimas de conductas punibles al interior del sistema. Con estas medidas se busca garantizar a los usuarios el resarcimiento de los daños sufridos al interior de este.

2. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

Este proyecto se presenta a discusión del Concejo por primera vez, no existen antecedentes de otros proyectos relacionados con esta materia.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE ACUERDO

Los lineamientos que pretende implementar el presente Proyecto de Acuerdo surgen por las siguientes razones:

3.1. Percepción de Inseguridad al interior del Sistema

Transmilenio es un símbolo de Bogotá, su llegada a la ciudad en el arranque de este milenio marcó un antes y un después en la manera en la que millones de bogotanos se movilizan y relacionan con la ciudad. También se convirtió en un referente de Bogotá.

Sus cifras evidencian su importancia estratégica para el funcionamiento de la ciudad. Por ejemplo, de acuerdo con las cifras entregadas por la empresa de Transmilenio, moviliza a 2,3 millones de pasajeros diarios que han pagado su entrada al sistema. A esto se le puede sumar un 15,36 por ciento de colados según el cálculo de un estudio contratado por Transmilenio con la Universidad Nacional de Colombia, para un total de 2,65 millones de pasajeros diarios. Ahora bien, la nueva normalidad, debido a la pandemia, durante agosto de este año puesto que no hubo universidades ni colegios abiertos, y algunos sectores tenían restricciones a la movilidad, se contaron 17,72 millones de usuarios. No obstante, es un número muy inferior a los 61,65 millones de usuarios del mismo mes del 2019.

Por otra parte, la gran demanda de usuarios, han manifestado su insatisfacción con el servicio brindado por la empresa, así:

- La encuesta de percepción ciudadana del 2019 de Bogotá Cómo Vamos mostró que apenas un 23 por ciento de los usuarios de Transmilenio se sentían satisfechos con el servicio de este sistema de transporte público (Bogotá Como Vamos, 2019).
- La encuesta de convivencia y seguridad ciudadana (2019), para el total nacional, a la pregunta sobre si las personas de 15 años y más se sienten seguras o inseguras en diferentes lugares públicos, se observó que la vía pública es el lugar en el que más personas manifestaron sentirse inseguras con 48,0%, seguido por el transporte público (incluyendo paraderos y estaciones) con 42,9% (DANE, 2019).
- La encuesta de Percepción y Victimización de Bogotá - Segundo semestre de 2019 de la Cámara de Comercio de Bogotá, evidencia que hay un aumento significativo (7 puntos porcentuales) en la percepción de inseguridad en las calles, el cual pasó de un 28 % al 35 %. Y 8 de cada 10 encuestados consideran que Transmilenio resulta ser inseguro y muy inseguro, nivel que se mantiene con respecto a las mediciones anteriores (CCB, 2019).

3.1.2. Hurto de Celulares al Interior del Sistema

Es una de las mayores problemáticas que afecta a los usuarios del sistema, así lo reflejan las diferentes encuestas señaladas en el punto anterior y las cifras reportadas por las entidades y abordadas por los medios de comunicación. Según una nota periodística de Felipe García Altamar y publicada por el periódico El Espectador en enero de 2020, evidencia las siguientes cifras del año 2019, las cuales resultaron preocupantes:

- *“En 2019 aumentaron en más de 6.000 las denuncias por atracos en estaciones y buses del sistema.*
- *Las estadísticas delictivas que recoge el SIEDCO (Sistema de Información Estadístico, Delincuencial Contravencional y Operativo) de la Policía y la Secretaría de Seguridad revelan que en 2019 se registraron 22.106 hurtos en el sistema. De ese total, 10.556 personas denunciaron hurtos en las estaciones y otros 11.550 usuarios fueron víctimas del delito en articulados y alimentadores del sistema. La cifra es alarmante si se tiene en cuenta que en 2018 el total de hurtos fue de 15.558 (7.952 en buses y 7.606 en estaciones), y mucho mayor que los números de 2017 hacia atrás, debido a la integración de varias bases de información para consolidar los registros.*
- *De acuerdo con las cifras del SIEDCO, el momento más peligroso de TM es un martes, a las 7:00 a.m., en la estación de la Av. Jiménez, tres ítems que se destacan del inquietante reporte del año anterior.*
- *La céntrica estación de Av. Jiménez se reportaron 397 hurtos durante 2019, solo teniendo en cuenta la parte de la estación que está sobre la calle 13. Si se suman los hurtos denunciados en la parada que se ubica en la Av. Caracas, serían en total 528 casos, casi el doble que en 2018 cuando en ambos puntos de la estación se registraron 288 robos.*
- *La Calle 100, una de las más aglomeradas del sistema, es la segunda más apetecida por los ladrones: allí se reportaron 353 hurtos. Luego aparece el Portal del Norte, que en 2018 fue la estación donde más hurtos se registraron (257); y en 2019, a pesar de que dejó de liderar el ránking de puntos peligrosos de TM, registró 339 robos. El top cinco lo completan los dos componentes de la estación Ricaurte, otra que siempre se ve colmada en horas pico. En la parte de la estación ubicada sobre la calle 13 se reportaron 307 asaltos, mientras que en la que está por la carrera 30 hubo 299.*
- *Las siguientes estaciones en el deshonroso escalafón de 2019 son Universidades (263 hurtos); Banderas (251); Calle 45 (242); Portal del Sur (208); Portal de Usme (199); Alcalá (192); Calle 63 (185); Calle 72 y Portal de la 80 (183), y Calle 76 (180).*
- *No es casual que las estaciones que aparecen en el top 25 de las más peligrosas sean, a su vez, las más hacinadas. Si las cifras de cantidad de hurtos se cruzan con las de las horas preferidas por los atacadores (de 6:00 a 8:00 a.m. y de 6:00 p.m. a 7:00 p.m.) y las de armas empleadas en los robos (en el 39 % de los casos no se emplearon armas), se tiene que la inseguridad en buses y estaciones guarda estrecha relación con las aglomeraciones, y que los robos por lo general se producen mediante cosquilleo o raponazo.*
- *En la hora más crítica del sistema, las 7:00 a.m., se registraron 1.368 hurtos, mientras que a las 6:00 a.m. se reportaron 1.168. El drama en la hora pico de la tarde empieza a las 6:00 p.m., la hora más peligrosa de la noche, pues en 2019 se denunciaron 1.019 atracos en estaciones. Incluso, las estadísticas revelan que los días más peligrosos en TM son los martes, cuando hubo 1.984 robos, y le siguen los viernes (1.977), los miércoles (1.788), los jueves (1.825) y los lunes (1.482). Durante los fines de semana del año anterior se registraron 1578 asaltos (1.122 los sábados y 456 los domingos).*

- *El tipo de armas que se utilizan durante los hurtos, pues 8.633 robos se hicieron mediante factor de oportunidad o cosquilleo. Otros 1.822, en cambio, se realizaron con armas blancas u otros objetos cortopunzantes. Por último, 105 casos fueron aún más graves pues hubo intimidación con armas de fuego.*
- *En los buses la situación no es muy distinta y los hurtos también se dispararon. Mientras en 2018 se denunciaron 7.952 atracos, la cifra en 2019 se elevó a 11.550. En este apartado se repite la particularidad de que la mayoría de los hurtos se registran en la hora pico de la mañana (3.155 casos) y sin empleo de armas (9.260 denuncias). Sin embargo, es más fuerte el uso de armas, pues se registraron 2.099 con objetos cortopunzantes y 140 con armas de fuego. (Altamar, 2020)”*

El panorama en el año 2020 ha cambiado y han disminuido cifras en delitos de alto impacto, pero hay que tener en cuenta que es gracias a las cuarentenas estrictas, cuarentenas parcializadas, el aumento del teletrabajo y otros factores han ayudado de cierto modo a un cambio de panorama de seguridad al interior de los buses, estaciones y portales del sistema. Pero con el desmonte gradual de estas medidas las cifras han vuelto a tender al alza y con mayor gravedad.

3.1.3. Estaciones más Inseguras del Sistema

Una nota periodística publicada por RCN radio, y desarrollada por el periodista Miguel Ángel Valencia, destaca que la sensación de inseguridad en Bogotá sigue en aumento (Valencia, 2020). Subraya el periodista que durante 2020 se han registrado más de 11.000 hurtos en las estaciones y buses del sistema masivo de transporte de la capital. Donde el ‘cosquilleo’ es la modalidad de robo más utilizada, seguida del atraco y el ‘raponazo’.

Por otro lado, informa que al día se registran 40 víctimas de robo y cada 30 minutos se produce un hecho de inseguridad. Por eso, muchos hoy se preguntan cuáles son las estaciones más inseguras del sistema.

Top 10 de estaciones con más denuncias en Bogotá son las siguientes:

- Avenida Jiménez
- Calle 13
- Calle 100
- Avenida Chile
- Portal del Norte
- Avenida Jiménez (Troncal Caracas)
- Ricaurte (Calle 13)
- Universidades
- Comuneros
- Guatoque Veraguas
- Ricaurte (Carrera 30)

3.2 PÓLIZAS DE SEGURO PARA LOS USUARIOS DEL SISTEMA

De acuerdo con lo señalado en la Ley, es deber del Distrito brindarles seguridad a los usuarios así lo contempla el contrato de transporte.

En un primer momento debemos examinar la definición de contrato de transporte descrita en el artículo 981 del código de comercio el cual señala que:

“El transporte es un contrato por medio del cual una de las partes se obliga para con la otra, a cambio de un precio, a conducir de un lugar a otro, por determinado medio y en el plazo fijado, personas o cosas y entregar éstas al destinatario.

El contrato de transporte se perfecciona por el solo acuerdo de las partes y se prueba conforme a las reglas legales.

En el evento en que el contrato o alguna de sus cláusulas sea ineficaz y se hayan ejecutado prestaciones, se podrá solicitar la intervención del juez a fin de que impida que una parte se enriquezca a expensas de la otra.” (Cursiva y negrilla nuestra)

Ahora bien, teniendo clara la definición de contrato de transporte, resulta necesario abordar las obligaciones impuestas por las partes por la Ley.

- **“ARTÍCULO 982. <OBLIGACIONES DEL TRANSPORTADOR>.** *El transportador estará obligado, dentro del término por el modo de transporte y la clase de vehículos previstos en el contrato y, en defecto de estipulación, conforme a los horarios, itinerarios y demás normas contenidas en los reglamentos oficiales, en un término prudencial y por una vía razonablemente directa:*
 - 1) *En el transporte de cosas a recibirlas, conducir las y entregarlas en el estado en que las reciba, las cuales se presumen en buen estado, salvo constancia en contrario, y*
 - 2) **En el transporte de personas a conducir las sanas y salvas al lugar de destino.”** *(Cursiva y negrilla nuestra)*

- **“ARTÍCULO 1003. <RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTADOR>.** *El transportador responderá de todos los daños que sobrevengan al pasajero desde el momento en que se haga cargo de éste. Su responsabilidad comprenderá, además, los daños causados por los vehículos utilizados por él y los que ocurran en los sitios de embarque y desembarque, estacionamiento o espera, o en instalaciones de cualquier índole que utilice el transportador para la ejecución del contrato.” (Cursiva y negrilla nuestra)*

Bien lo señala la Ley en el artículo anteriormente citado, en el numeral segundo donde estipula que se debe transportar a las personas *sanas y salvas a su lugar de destino*, es por esto por lo que, la misma Ley permite a las partes la adquisición de una póliza con el fin de resarcir los daños ocasionados al momento de la ejecución del contrato. Como lo señala el siguiente artículo:

“ARTÍCULO 994. <EXIGENCIA DE TOMAR SEGURO>. *Cuando el Gobierno lo exija, el transportador deberá **tomar por cuenta propia** o por cuenta del pasajero o del propietario de la carga, **un seguro que cubra a las personas** y las cosas transportadas contra los riesgos inherentes al transporte.*

El transportador no podrá constituirse en asegurador de su propio riesgo o responsabilidad. (...).” (Cursiva y negrilla nuestra)

Por lo anterior, resulta pertinente tener presente para comprender de manera integra el proyecto de acuerdo la siguiente definición del seguro de responsabilidad como la define el código de comercio en su artículo 1127

“El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la

cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055.” (Cursiva nuestra)

Como lo señala la Ley este seguro busca indemnizar los perjuicios patrimoniales que se le cause a un asegurado, y la empresa de Transmilenio no es ajena a que sus usuarios sufran perjuicios en su patrimonio como se ha expuesto en los puntos anteriores.

3.2.1 Concepto de Póliza de Seguro

La definición genérica de póliza de seguro ha sido establecida como un contrato entre un asegurado y una compañía de seguros, que establece los derechos y obligaciones de ambas partes, en relación con el seguro contratado (Consortio Seguros).

En la actualidad existe una gama muy amplia de riesgos a asegurar, por lo tanto, hay que tener conocimiento de manera detallada de las características del producto, de modo de determinar con precisión los riesgos cubiertos y las exclusiones existentes. Una vez aceptada la propuesta, se emite la póliza propiamente tal.

3.2.2 Definición jurisprudencial y alcance de Contrato de Seguro

La Sentencia T- 071 de 2017 señala que:

*“El contrato de seguro consiste en una estipulación contractual, donde una persona llamada tomador se obliga al pago de una suma de dinero en forma de otra persona llamada asegurador, con el propósito de generar un ahorro que pueda servir para hacer frente a los daños causados por un riesgo determinado por ambos. De esta manera, **se observa que esta modalidad contractual encuentra su piedra angular sobre la base de la inseguridad que produce un hecho futuro e incierto que tiene la virtualidad de generar una afectación ostensible sobre las capacidades y el patrimonio del interesado**” (Cursiva y negrilla fuera del texto original)*

3.2.3 Programa de Seguros de Transmilenio S.A

El informe de gestión del año 2019 publicado en la página de la entidad. La empresa de transporte del tercer milenio TRANSMILENIO S.A. destaca un programa de seguros en el cual expone las siguientes pólizas de cobertura que tienen:

- Manejo comercial
- Manejo Bancario
- Automóviles
- Soat
- Responsabilidad Civil Extracontractual
- Responsabilidad Civil Servidores Públicos
- Todo Riesgo Daños Materiales.

Además, tiene 2 pólizas compartidas con el IDU, en las cuales el pago de las primas es conjunto y éstas amparan la infraestructura del Sistema (estaciones y Portales): Póliza Todo Riesgo Obras Terminadas y Responsabilidad Civil Extracontractual: que ampara los accidentes ocurridos a los usuarios del Sistema dentro de las estaciones y Portales.

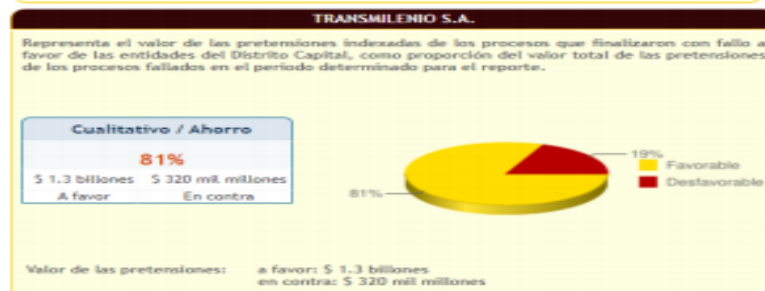
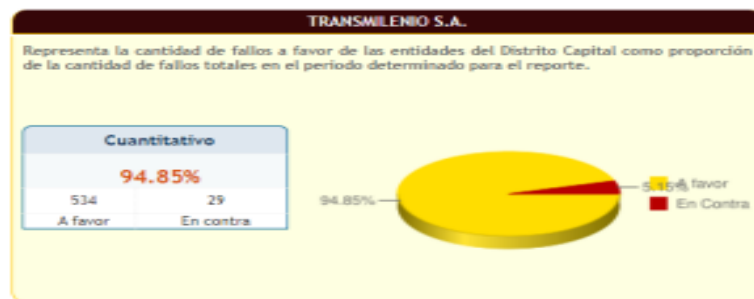
Cifras reportadas por la entidad señalan que en el periodo 2014-2019 se ha obtenido indemnización por parte de las compañías de seguros en las diferentes pólizas 1.073 siniestros y el valor indemnizado es \$8.435.985.045. Debido a la siniestralidad presentada en las pólizas de Todo Riesgo Daños Materiales y Responsabilidad Civil Servidores públicos.

3.2.4 Riesgos jurídicos evidenciados por Transmilenio S.A.

La empresa de transporte del tercer milenio – Transmilenio S.A., reportó información sobre el desarrollo de su estrategia de Defensa Judicial a corte de 07-10-2019, destacando los siguientes aspectos:

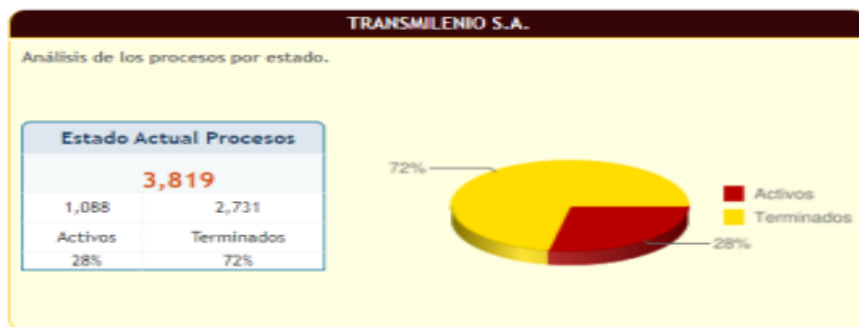
A. Resultados en la defensa judicial de Transmilenio S.A.

Éxito procesal cuantitativo y Éxito Procesal cualitativo

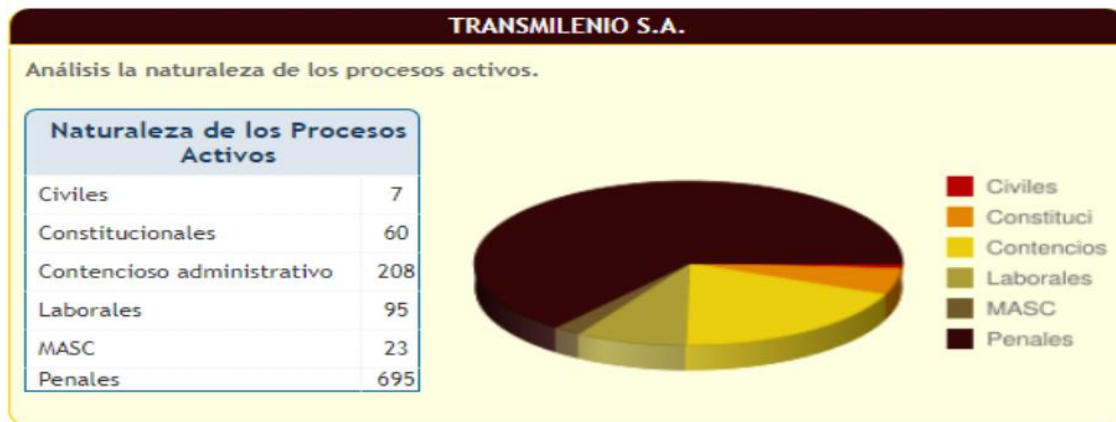


Fuente: Sistema de Información de Procesos Judiciales de Bogotá D.C. - SIPROJ

Análisis procesos judiciales por estado



Fuente: Sistema de Información de Procesos Judiciales de Bogotá D.C. - SIPROJ



Fuente: Sistema de Información de Procesos Judiciales de Bogotá D.C. - SIPROJ

B. Retos evidenciados por Transmilenio S.A.

El informe de gestión 2019 evidencia y señala una serie de retos para afrontar desde las diferentes áreas de litigio de la entidad, de la siguiente manera:

a. En los procesos penales:

- La demora en los procesos judiciales, desde su radicación y todo el proceso, lo que retarda la evacuación de los mismos y la rápida obtención de garantías para la víctima (TRANSMILENIO S.A.).
- La descoordinación entre la Fiscalía General de la Nación y los organismos de Policía Judicial, lo que atrasa el desarrollo del plan metodológico de la investigación en desmedro de TRANSMILENIO S.A.
- La provisión de recursos y tecnología para obtener pruebas, en los casos de agresiones contra la infraestructura o usuarios (cámaras de video en todas las estaciones y portales), lo que genera impunidad.

C. Alertas generadas por Transmilenio S.A.

a. Procesos Contencioso Administrativo:

- Incremento de conciliaciones extrajudiciales, arbitramentos, tutelas, demandas contenciosas por:
 1. Liquidación de contratos de concesión.
 2. Salida de operación del SITP Provisional.
 3. Operación de nuevas concesiones.
 4. Retraso en expansión del Sistema Transmilenio (infraestructura y Flota).

5. Sobrecupo e inseguridad en el Sistema.

6. Liquidación de sociedades concesionarias de operación y recaudo.

- **Existencia de algunas sentencias que han decretado responsabilidad solidaria por accidentalidad de vehículos de los concesionarios.**

Procesos penales:

- La información de la ciudadanía en los casos de corrupción.
- Los ataques sistemáticos a la infraestructura del sistema.

- **Incremento de denuncias penales contra la Entidad por inseguridad y punibles de hurto, lesiones personales y otros dentro del sistema**
- Sobrecupo en estaciones y buses por retrasos en ejecución del Plan de Expansión del Sistema, troncal, zonal e Implementación de flota.
- **Inseguridad en el Sistema por sobrecupo y por necesidad de mayor presencia policial en estaciones y portales.**
- Evasión (Colados en buses, estaciones y portales).
- Cumplimiento de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 porcentaje superior al 80% de accesibilidad al sistema para personas con discapacidad para el 2023.
- Falta de cámaras e informadores visuales en todos los portales y estaciones del Sistema Transmilenio.

Los mencionados resultados, retos y alertas generados por la entidad resultan relevantes al momento de abordar el presente proyecto de acuerdo. Pues la constitución de una póliza de seguros que ampare la integridad física de los usuarios y sus elementos personales ayudarían a disminuir el daño antijurídico de la entidad y su respectivo impacto fiscal.

3.2.5. Antecedentes Internacionales de pólizas de Seguro en el Transporte Público.

De acuerdo con investigaciones realizadas para la construcción del presente proyecto de acuerdo, se logró identificar y traer de presente lo estipulado en el artículo 46 del reglamento del transporte de tránsito mexicano, el cual señala que todas las unidades de transporte están obligadas a contar **con una póliza de seguro para pasajeros que se hace responsable por el daño civil o a terceros.**

- ¿Qué tipo de situaciones cubre el seguro para pasajeros del transporte público?

El seguro de responsabilidad civil cubre los daños por un choque el cual incluye el seguro para los pasajeros y los que sucedan en la otra unidad—, también contempla atropellamientos y muerte.

- ¿Cómo funciona?

La publicación realizada por el periódico de Chilando destaca que, aunque cada seguro es distinto, todos están obligados a cubrir los daños a terceros. Resaltando el de la Red de Transportes de Pasajeros (RTP), el cual es de cobertura amplia; esto quiere decir que cubre todo lo que pueda suceder, desde un asalto, la pérdida de tu celular, un choque, etcétera.

- ¿Cómo le llamo a la aseguradora?

El periódico destaca cómo deben actuar los asegurados al momento de ocurrir algún siniestro.

“Es responsabilidad del chofer llamar a su aseguradora y a las oficinas centrales de inmediato en cuanto sucede un accidente en su unidad. Si se suscita un asalto en este, lo cual es muy común en nuestro país, el chofer tiene la libertad de llamar a un abogado quien la brindará asistencia legal a él y asesorará a los pasajeros en caso de querer levantar una denuncia. Si no se puede solicitar al seguro en ese momento o si te percatas de que perdiste un objeto a bordo, puedes acudir a las oficinas centrales y ellos te canalizarán con el seguro, aunque deberás tener elementos para poder comprobar que en ese transporte olvidaste tu celular...”

Por otra parte, hay que tener presente que la publicación señala la necesidad que el asegurado demuestre y logre probar la ocurrencia del hecho al interior del sistema. Que si bien esta póliza brinda grandes beneficios al usuario, la misma ha sido poco recurrida ante la poca información de la misma.

4. SOPORTE JURÍDICO

4.1 Constitución Política

- **Artículo 2:** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.
- **Artículo 13:** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.
- **Artículo 58:** Se garantizan la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles, los cuales no pueden ser desconocidos ni vulnerados por leyes posteriores. Cuando de la aplicación de una ley expedida por motivo de utilidad pública o interés social, resultaren en conflicto los derechos de los particulares con la necesidad por ella reconocida, el interés privado deberá ceder al interés público o social. La propiedad es una función social que implica obligaciones. Como tal, le es inherente una función ecológica. El Estado protegerá y promoverá las formas asociativas y solidarias de propiedad. Por motivos de utilidad pública o de interés social definidos por el legislador, podrá haber expropiación mediante sentencia judicial e indemnización previa. Ésta se fijará consultando los intereses de la comunidad y del afectado. En los casos que determine el legislador, dicha expropiación podrá adelantarse por vía administrativa, sujeta a posterior acción contenciosa administrativa, incluso respecto del precio. Con todo, el legislador, por razones de equidad, podrá determinar los casos en que no haya lugar al pago de indemnización, mediante el voto favorable de la mayoría absoluta de los miembros de una y otra cámara. Las razones de equidad, así como los motivos de utilidad pública o de interés social, invocados por el legislador, no serán controvertibles judicialmente”.
- **Artículo 83:** Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquéllos adelanten ante éstas.
- **Artículo 90:** El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.
- **Artículo 95:** Son deberes de la persona y del ciudadano:
 1. Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.(...)

9. Contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de conceptos de justicia y equidad.

- **Artículo 322:** Bogotá, Capital de la República y del departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital.

Su régimen político, fiscal y administrativo será el que determinen la Constitución, las leyes especiales que para el mismo se dicten y las disposiciones vigentes para los municipios.

Con base en las normas generales que establezca la ley, el concejo a iniciativa del alcalde, dividirá el territorio distrital en localidades, de acuerdo con las características sociales de sus habitantes, y hará el correspondiente reparto de competencias y funciones administrativas.

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.

- **Artículo 365:** señala que “Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado” y es deber de éste “asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.

4.2 Leyes

- **Ley 336 de 1996. Estatuto General de Transporte.**

Artículo 2. La seguridad, especialmente la relacionada con la protección de los usuarios, constituye prioridad esencial en la actividad del Sector y del Sistema de Transporte.

Artículo 3. Para los efectos pertinentes, en la regulación del transporte público las autoridades competentes exigirán y verificarán las condiciones de seguridad, comodidad y accesibilidad requeridas para garantizar a los habitantes la eficiente prestación del servicio básico y de los demás niveles que se establezcan al interior de cada Modo, dándole prioridad a la utilización de medios de transporte masivo. En todo caso, el Estado regulará y vigilará la industria del transporte en los términos previstos en los Artículos 333 y 334 de la Constitución Política.

Artículo 5. El carácter de servicio público esencial bajo la regulación del Estado que la ley le otorga a la operación de las empresas de transporte público implicará la prelación del interés general sobre el particular, especialmente en cuanto a la garantía de la prestación del servicio y a la protección de los usuarios, conforme a los derechos y obligaciones que señale el Reglamento para cada Modo.

El servicio privado de transporte es aquel que tiende a satisfacer necesidades de movilización de personas o cosas, dentro del ámbito de las actividades exclusivas de las personas naturales y/o jurídicas. En tal caso sus equipos propios deberán cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Transporte. Cuando no se utilicen equipos propios, la contratación del servicio de transporte deberá realizarse con empresas de transporte público legalmente habilitadas en los términos del presente Estatuto.

Artículo 61. Sin perjuicio de las garantías establecidas por las normas pertinentes, las empresas de Transporte Terrestre Automotor podrán constituir Fondos de Responsabilidad como mecanismo complementario para cubrir los riesgos derivados de la prestación del servicio.

Para los efectos pertinentes, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito continuará rigiéndose por las normas que regulan la materia.

- **Ley 1480 de 2011. Estatuto del Consumidor.**

Artículo 5 definió: Consumidor o usuario. Toda persona natural o jurídica que, como destinatario final, adquiera, disfrute o utilice un determinado producto, cualquiera que sea su

naturaleza para la satisfacción de una necesidad propia, privada, familiar o doméstica y empresarial cuando no esté ligada intrínsecamente a su actividad económica. Se entenderá incluido en el concepto de consumidor el de usuario.

4.3 DECRETOS

4.3.1 Decretos Nacionales

- **Decreto 3109 de 1997.** *“Por el cual se reglamenta la habilitación, la prestación del servicio público de transporte masivo de pasajeros y la utilización de los recursos de la Nación”*
Artículo 9º.- Previo al inicio de la operación de las empresas de transporte masivo presentarán una póliza de seguro de responsabilidad civil contractual y extracontractual amparando los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente, incapacidad temporal, daños a bienes de terceros y gastos médicos y de hospitalización a terceros, sin perjuicio de los demás seguros que se establezcan en la ley y en los términos de referencia o pliegos de condiciones.
- **Decreto 410 DE 1971** *“Por el cual se expide el Código de Comercio”*
ARTÍCULO 981. <CONTRATO DE TRANSPORTE>. <Artículo subrogado por el artículo 1 del Decreto extraordinario 01 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> El transporte es un contrato por medio del cual una de las partes se obliga para con la otra, a cambio de un precio, a conducir de un lugar a otro, por determinado medio y en el plazo fijado, personas o cosas y entregar éstas al destinatario.
El contrato de transporte se perfecciona por el solo acuerdo de las partes y se prueba conforme a las reglas legales.
En el evento en que el contrato o alguna de sus cláusulas sea ineficaz y se hayan ejecutado prestaciones, se podrá solicitar la intervención del juez a fin de que impida que una parte se enriquezca a expensas de la otra.
ARTÍCULO 982. <OBLIGACIONES DEL TRANSPORTADOR>. <Artículo subrogado por el artículo 2 del Decreto extraordinario 01 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> El transportador estará obligado, dentro del término por el modo de transporte y la clase de vehículos previstos en el contrato y, en defecto de estipulación, conforme a los horarios, itinerarios y demás normas contenidas en los reglamentos oficiales, en un término prudencial y por una vía razonablemente directa:
1) En el transporte de cosas a recibirlas, conducir las y entregarlas en el estado en que las reciba, las cuales se presumen en buen estado, salvo constancia en contrario, y
2) En el transporte de personas a conducir las sanas y salvas al lugar de destino.
ARTÍCULO 994. <EXIGENCIA DE TOMAR SEGURO>. <Artículo subrogado por el artículo 12 del Decreto extraordinario 01 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el Gobierno lo exija, el transportador deberá tomar por cuenta propia o por cuenta del pasajero o del propietario de la carga, un seguro que cubra a las personas y las cosas transportadas contra los riesgos inherentes al transporte.
El transportador no podrá constituirse en asegurador de su propio riesgo o responsabilidad. El Gobierno reglamentará los requisitos, condiciones, amparos y cuantías del seguro previsto en este artículo, el cual será otorgado por entidades aseguradoras, cooperativas de seguros y compañías de seguros, legalmente establecidas.
ARTÍCULO 1003. <RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTADOR>. El transportador responderá de todos los daños que sobrevengan al pasajero desde el momento en que se haga cargo de éste. Su responsabilidad comprenderá, además, los daños causados por los

vehículos utilizados por él y los que ocurran en los sitios de embarque y desembarque, estacionamiento o espera, o en instalaciones de cualquier índole que utilice el transportador para la ejecución del contrato.

Dicha responsabilidad sólo cesará cuando el viaje haya concluido; y también en cualquiera de los siguientes casos

- 1) Cuando los daños ocurran por obra exclusiva de terceras personas;
- 2) Cuando los daños ocurran por fuerza mayor, pero ésta no podrá alegarse cuando haya mediado culpa imputable al transportador, que en alguna forma sea causa del daño;
- 3) Cuando los daños ocurran por culpa exclusiva del pasajero, o por lesiones orgánicas o enfermedad anterior del mismo que no hayan sido agravadas a consecuencia de hechos imputables al transportador, y
- 4) Cuando ocurra la pérdida o avería de cosas que conforme a los reglamentos de la empresa puedan llevarse "a la mano" y no hayan sido confiadas a la custodia del transportador.

4.3.2 Decretos Distritales

- **Decreto 309 de 2009.** *“Por el cual se adopta el Sistema Integrado de Transporte Público para Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones”*

4.4 RESOLUCIONES

4.4.1 Resoluciones Ministerio de Transporte

- **Resolución 4350 de 1998.** *“Por la cual se establece la metodología para la elaboración de los estudios de costos que sirven de base para la fijación de las tarifas del transporte público municipal, distrital y/o metropolitano de pasajeros y/o mixto”.*

Art. 1º—En concordancia con lo establecido en el Decreto-Ley 80 de 1987 y el Decreto 2660 de 1998, las autoridades municipales, distritales y/o metropolitanas competentes, elaborarán los estudios de costos del transporte público dentro de su jurisdicción, los cuales servirán de base para fijar las tarifas que se cobrarán a los usuarios para cada clase de vehículo y en los diferentes niveles de servicio.

Art. 2º—Los estudios se sujetarán a la siguiente estructura de costos:

(...)

1.2.4. Seguros.

1.3. Costos de capital:

1.3.1. Recuperación de capital.

1.3.2. Rentabilidad.

4.4.2 Resoluciones de la Empresa del Tercer Milenio – Transmilenio S.A.

- **Resolución 563 de 2014.** *“Por medio de la cual se expide el reglamento de la seguridad física del Sistema Integrado de Transporte Público – SITP”.*

4.5 JURISPRUDENCIA

- **Sentencia C-043 de 1998.** La seguridad en el servicio, particularmente la relacionada con la protección de los usuarios, “constituye prioridad esencial en la actividad del sector y del sistema de transporte”, la cual en tanto finalidad se ajusta a los mandatos constitucionales

contenidos en los artículos 2°, 11, 24, 365 y 366, que imponen al Estado el deber de proteger la vida e integridad de todas las personas residentes en Colombia y garantizar su bienestar general.

- **Sentencia C- 355 de 2003.** los vehículos tienen un efecto en los derechos de terceros y, sobre todo, un resultado concreto en la obtención de **niveles óptimos de seguridad**, comodidad y salubridad del espacio público, **que no son otra cosa que manifestaciones del interés general** ..." (Subrayado fuera de texto)

4.5.1 Responsabilidad Civil Extracontractual

La jurisprudencia de la Corte Constitucional a desarrollado de manera amplia este concepto mediante la Sentencias C- 644 de 2011, la cual reúne la definición esbozada por varias entidades de la siguiente manera:

"...la responsabilidad patrimonial del Estado en nuestro sistema jurídico encuentra fundamento en el principio de la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, desarrollado in extenso por la jurisprudencia y expresamente consagrado en el artículo 90 de la Constitución Política, el cual a su vez debe interpretarse en concordancia con los artículos 2°, 13, 58 y 83 del mismo ordenamiento superior que, por un lado, le impone a las autoridades de la República el deber de proteger a todas las personas en Colombia en su vida, honra y bienes (art. 2°) y, por el otro, la obligación de promover la igualdad de los particulares ante las cargas públicas (art. 13) y de garantizar la confianza, la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles (arts. 58 y 83)." Igualmente, señala que "Esta protección constitucional al patrimonio de los particulares se configura, entonces, cuando concurren tres presupuestos fácticos a saber: un daño antijurídico o lesión, una acción u omisión imputable al Estado y una relación de causalidad. Respecto al daño antijurídico, si bien el mismo constituye un concepto constitucional parcialmente indeterminado, en cuanto la Carta no lo define en forma expresa, la jurisprudencia y la doctrina, dentro de una interpretación sistemática de las normas constitucionales que lo consagran y apoyan, lo definen como el menoscabo o perjuicio que sufre la víctima en su patrimonio o en sus derechos personalísimos, sin tener el deber jurídico de soportarlo. En cuanto al incumplimiento del Estado, este se presenta cuando la Administración Pública no satisface las obligaciones a su cargo dentro de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que han sido fijadas. Finalmente, para que el daño antijurídico atribuido al Estado sea indemnizable, se exige que éste sea consecuencia del incumplimiento de las obligaciones de la Administración, esto es, desde una perspectiva negativa, que el daño sufrido por la víctima no se derive de un fenómeno de fuerza mayor o sea atribuible a su conducta negligente."

4.5.2 Concepto de Responsabilidad Extracontractual del Estado Sentencia C-644 DE 2011.

"(...) "...Las principales características de los diferentes títulos de imputación de responsabilidad del Estado son: Falla del Servicio, Daño Especial, Riesgo Excepcional; los cuales buscan estudiar los elementos que delimitan la responsabilidad, aclarar y realizar las precisiones necesarias para el adecuado manejo de los conceptos y describir la evolución y el desarrollo que ha tenido en Colombia jurisprudencial y doctrinariamente la responsabilidad subjetiva y objetiva." Es que el Estado está obligado a indemnizar a las asociados que resulten afectados por sus acciones u omisiones, sean lícitas o ilícitas, cuando se demuestra dentro de la acción de reparación directa instaurada por la persona afectada, que se ha configurado

los elementos estructurales de responsabilidad: Daño Antijurídico e Imputación Fáctica y Jurídica, dando aplicación al principio *iura novit curia* cuando no está claro el título de imputación, basándose el juez en los hechos que fundamentan la pretensión, a pesar de ser la jurisdicción contenciosa eminentemente rogada (Ortiz).”.

4.5.3. Concepto Contraloría General de la República.

“(…) En materia de responsabilidad extracontractual, según el interviniente puede afirmarse que la administración pública responderá por los daños causados a terceros siempre que sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, bien sea en el caso especial que la ejecución de las obras públicas las adelante con servicio y medios propios, o bien mediante el concurso de un contratista, ya que no debe olvidarse que el titular de la obra pública es siempre la administración, siendo responsable de reparar los daños derivados de tal actividad. (...)” (Sentencia 644 de 2011)

4.5.4. Concepto Consejo de Estado

“(…) Explican los representantes del Tribunal que el artículo 90 superior elevó a canon constitucional la responsabilidad directa del Estado por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades, de manera que se estableció como cláusula general la obligación reparatoria a cargo del Estado, sin distingo de la actividad por la cual pueda proceder. La responsabilidad reposa sobre la noción de daño antijurídico, entendido como aquel “perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo”, de manera que emerge la obligación reparatoria del Estado con independencia de si el proceder del agente estatal es lícito o no.

El daño es imputable al Estado cuando el mismo es resultado de la acción o de la omisión de las autoridades públicas, en desarrollo del servicio o en nexos con él, tomando en consideración tanto su ligamen fáctico como jurídico, y de conformidad con el fundamento o criterio de responsabilidad de que se trate. (...)” (Sentencia 644 de 2011)

4.5.5. Concepto Ministerio de Transporte.

“(…) “a las nuevas operaciones del Estado a través de particulares, de dónde condición *sine qua non* es la expresa instrucción de la autoridad para la ejecución que eventualmente ocasione el daño antijurídico dentro de los presupuestos de falla del servicio, lo cual responde al orden de actuación del Estado, excluido de ese plano la actividad privada particular de cualquier ciudadano que por el hecho de ser dañosa en el plano colectivo no es imputable a la configuración y actividad de la administración del Estado con el simple juicio de atender a condiciones de antijuridicidad” (...)” (Sentencia 644 de 2011)

4.5.6. Concepto Universidad Nacional

“(…) La Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Colombia, con el apoyo del profesor Mauricio Reyes Betancourt y del Grupo de Derecho Constitucional del Consultorio Jurídico de la Facultad conceptúan de la siguiente manera “la Ley pretende que quienes, ostentando tal calidad, ocasionen un daño antijurídico, estén llamados a concurrir junto con el Estado en el pago de las indemnizaciones a que haya lugar, bien sea dentro del proceso, a través del llamamiento en garantía, o a través de la acción de repetición, o como responsable directo de reparación directa (art. 140 inc.3)”. (Sentencia 644 de 2011)

3.5.7. Concepto Instituto Colombiano de Derecho Procesal

“Advierte que el artículo 140 de la referida ley extiende la responsabilidad del Estado a los eventos en los que, quien causa el daño con su acción u omisión no tiene la condición de agente estatal, sino que es un simple particular. *“Lo hace porque supone que puede estar vinculada al Estado sin tener la condición de agente estatal y, para tal caso exige que dicho particular “haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma...”*. En ese caso, esta es la condición que establece la norma para que su conducta pueda imputársele a la entidad estatal y, por ende, ésta deba responder”.

Agrega que *“...Un orden justo implica considerar que el Estado repare los daños que hayan causado los agentes estatales cuando su conducta le sea imputable al Estado, esto es cuando hayan obrado con ocasión de sus funciones; y que también que (sic) repare los daños que causen los particulares, siempre y cuando su conducta sea imputable al Estado”*. Según su criterio, debe precisarse que para el correcto entendimiento de la norma es que *“ella no excluye la responsabilidad del Estado cuando el daño haya sido causado por la acción o la omisión de una Autoridad Pública”*.” (Sentencia 644 de 2011)

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO

Teniendo en cuenta la Constitución y las leyes que regulan el funcionamiento de las corporaciones municipales, encontramos que la competencia del Concejo de Bogotá para expedir un acuerdo relacionado con la regulación de los servicios de transporte se enmarca en los siguientes artículos:

- 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:

Artículo 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y 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.

19. Dictar normas de tránsito y transporte.

5. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo que establece el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, en todo proyecto de ley, ordenanza o acuerdo que ordene gastos deberá hacerse explícito cuál es su impacto fiscal y establecer su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo. Para el efecto dispone que en las exposiciones de motivos de los proyectos y en cada una de las ponencias para debate, se deben incluir expresamente los costos fiscales de los mismos y la fuente de ingreso adicional para cubrir los mencionados costos. Al respecto la Corte Constitucional en diversas sentencias ha señalado que los proyectos deben indicar el impacto fiscal de un proyecto, esta obligación no recae únicamente en los

cuerpos colegiados porque es el gobierno quien dispone de los elementos técnicos para estimar los costos fiscales de un proyecto.

6. CONCLUSIÓN

Con este Proyecto de Acuerdo se busca garantizar que los usuarios de la empresa de transporte del tercer milenio - Transmilenio S.A. que han sido víctimas de conductas punibles al interior del sistema cuenten con una póliza de responsabilidad civil extracontractual.

Con estas medidas se busca garantizar a los usuarios el resarcimiento de los daños sufridos al interior del sistema.

Atentamente,

DIANA MARCELA DIAGO GUAQUETA
Honorable Concejal de Bogotá

Anexos: N/A

Copia: N/A

Elaboró: Dilmer Obed Nuñez/ Profesional

Revisó: N/A

7. Referencias Bibliográficas.

Bogotá Cómo Vamos. (2019). *Bogotá Cómo Vamos*. Obtenido de <https://bogotacomovamos.org/encuesta-de-percepcion-ciudadana-2019/>

Altamar, F. G. (2020). Se incrementaron los hurtos en Transmilenio: estas son las 25 estaciones más peligrosas. *El Espectador*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/se-incrementaron-hurtos-en-transmilenio-estas-son-las-25-estaciones-mas-peligrosas-articulo-901119/>

CCB. (2019). *Cámara de Comercio de Bogotá*. Obtenido de <https://www.ccb.org.co/Sala-de-prensa/Noticias-CCB/2020/Mayo-2020/Encuesta-de-Percepcion-y-Victimizacion-de-Bogota-Segundo-semester-de-2019>

Consortio Seguros. (s.f.). *Leyendo la póliza*. Obtenido de <https://www.consortio.cl/aprenda-de/educacion-en-seguros/poliza-de-seguros/que-es-la-poliza>

DANE. (2019). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Obtenido del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Ortiz, M. I. (2010). *RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO POR FALLA*. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/3549/GomezOrtizMariallvany2010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Valencia, M. A. (2020). *Top 10 de las estaciones más peligrosas de Transmilenio*. Obtenido de RCN Radio: <https://www.rcnradio.com/bogota/top-10-de-las-estaciones-mas-peligrosas-de-transmilenio>

PROYECTO DE ACUERDO No. 046 DE 2021

PRIMER DEBATE

POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA AMPLIAR LA PÓLIZA DE SEGUROS A LOS USUARIOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE DEL TERCER MILENIO - TRANSMILENIO S.A.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales y, en especial de las que le confiere el numeral 1 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

Artículo 1. Lineamientos: La Empresa de Transporte del Tercer Milenio - TRANSMILENIO S.A., el Instituto de Desarrollo Urbano -IDU-, y la Secretaría de Hacienda ampliarán las pólizas de responsabilidad civil extracontractual, que se encuentren vigentes, las cuales deberán contener las siguientes nuevas coberturas:

- Indemnización por incapacidad total y permanente consecuencia de hechos delictivos al interior del sistema
- Auxilio de hospitalización consecuencia de hechos delictivos al interior del sistema
- Indemnización por muerte consecuencia de hechos delictivos al interior del sistema
- Auxilio funerario

Artículo 2. Póliza: En las futuras troncales del sistema o cualquier medio de transporte masivo que implemente la ciudad, el Distrito deberá exigir la póliza descrita en el artículo anterior a las personas naturales o jurídicas que resulten ganadoras para la operación del sistema.

Artículo 3. La presente ampliación de póliza no aumentará el costo del pasaje del sistema.

Artículo 4. vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

PROYECTO DE ACUERDO No. 047 DE 2021**PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO DE CÁMARAS DE SEGURIDAD Y CIRCUITOS CERRADOS DE TELEVISIÓN (CCTV) DEL DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**1. Objeto del Proyecto de Acuerdo**

El presente Proyecto de Acuerdo pretende crear el Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) del Distrito Capital. La iniciativa busca integrar al Centro de Comando, Control y Comunicaciones (C4), y por defecto, a los Centros Operativos de Seguridad Ciudadana (COSEC) de la Policía Metropolitana de Bogotá un registro de todas las Cámaras o CCTV de la ciudad, con información sobre ubicación, espacio grabado, especificaciones técnicas, administrador y dueño del dispositivo. Esta iniciativa, busca generar un mapa estratégico de cámaras de seguridad en la ciudad, con la información necesaria para que la Policía Metropolitana, cuerpos de atención de emergencia, dependencias de la alcaldía, y la ciudadanía pueda identificar de forma rápida y con celeridad la información que necesita para ejercer el artículo 237 del Código Nacional de Policía y Convivencia. Adicionalmente, se busca crear un mecanismo de identificación y acercamiento con sistemas de seguridad privados para promover la vinculación de estos sistemas, al sistema de vigilancia de la Policía.

2. Antecedentes y Justificación

El presente proyecto de acuerdo se ha presentado una vez así:

Proyecto de acuerdo	Nombre del Proyecto	Ponente y sentido de la ponencia	Ponente y sentido de la ponencia	Concepto Administración
385-2020	“Por medio del cual se crea el registro de cámaras de seguridad y circuitos cerrados de televisión (cctv) del distrito capital, y se dictan otras disposiciones.”	HC. PEDRO JULIÁN LÓPEZ SIERRA- Ponencia positiva con modificaciones	HC. ANA TERESA BERNAL- Ponencia positiva	Favorable condicionado

Para el año 2016, el distrito contaba con 378 cámaras de seguridad instaladas, las cuales se mostraban deficientes para la densidad poblacional de la ciudad. Ahora, en aras de equipar a las autoridades, más puntualmente a la Policía Metropolitana de Bogotá, la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia (SSCJ), inició en 2016 un proceso de modernización de las cámaras de seguridad existentes, y en 2017 una política de ampliación e instalación de cámaras de videovigilancia en la ciudad.

La política de modernización y ampliación del sistema de cámaras de seguridad de la ciudad cambió el antiguo sistema de Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), estático y captador de imágenes de baja resolución, que se enfocaba en la instalación de cámaras en puntos específicos de la ciudad, por un sistema integral de videovigilancia en el que las cámaras son acompañadas de estrategias de visualización, monitoreo y capacidad de respuesta rápida frente a los hechos captados, por lo que se creó el Centro de Comando, Control y Comunicaciones (C4).

Los objetivos principales de la instalación de un sistema de videovigilancia más amplio y dinámico fueron los siguientes:

- Establecer comportamientos o hechos rutinarios en la ciudad para identificar desviaciones que puedan traducirse en alteraciones del orden público.
- Mejorar la reacción temprana ante situaciones de emergencia, riesgos naturales y accidentes, en espacios de alta concentración de personas o aglomeraciones.
- Prevención y disuasión del delito
- Generación de insumos y material probatorio para investigaciones criminales
- El mejoramiento de la percepción de seguridad en la ciudad.

La estrategia de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia, consistió en la reingeniería de 378 cámaras antiguas, y el crecimiento del sistema, con la instalación de más de 5.000 cámaras de seguridad bajo un esquema que permite la automatización del proceso de monitoreo y herramientas de analítica de video. Actualmente el Sistema de Cámaras de videovigilancia de la ciudad cuenta con 4.927 cámaras y 207 cámaras de privados distribuidas de la siguiente forma:

- Chapinero - Usaquén: 410 cámaras
- Barrios Unidos - Suba: 573 cámaras
- Teusaquillo: 269 cámaras
- Engativá - Fontibón: 563 cámaras
- Kennedy - Bosa: 853 cámaras
- Puente Aranda - Candelaria - Santa Fé - Antonio Nariño, Los Mártires: 879 cámaras
- Ciudad Bolívar, Tunjuelito, San Cristóbal Rafael Uribe, Usme: 1380 cámaras

Adicionalmente, la ampliación de las cámaras en la ciudad, se vio acompañada por un aumento en el número de operadores de video, y la construcción de 3 salas de visualización adicionales, que en la actualidad completan un total de 8 Centros de Monitoreo utilizados por la Policía Metropolitana, a julio de 2020. Finalmente, estas estrategias se complementaron con una política de integración al sistema de vigilancia del distrito a actores del sector privado como lo son centros comerciales, conjuntos residenciales, asociaciones, empresas de seguridad privada, etc. La idea de esta política es la ampliación del campo de monitoreo de la ciudad, y generar beneficios para ambas partes: Los privados que se integran al sistema de vigilancia del distrito pueden tener mejoras en cuanto prevención y atención rápida de emergencias por parte de la Policía, mientras que la ciudad logra

reducir costos de adquisición, instalación y mantenimiento de equipos de videovigilancia, además de mejorar los tiempos de implementación.

Esta estrategia es importante, pues la reducción de costos y beneficios en seguridad para la ciudad son bastante amplios. Según la Oficina de Análisis de la Información y Estudios Estratégicos de la Secretaría de Seguridad Convivencia y Justicia, el costo promedio de instalación por cámara es de \$26.457.732 pesos; la recurrencia mensual relacionada con la energización y conectividad mediante fibra óptica del dispositivo es de 627.000 pesos, distribuidos en 61.000 pesos en consumo de energía, y 566.000 pesos en consumo de datos y fibra óptica; Adicional a estos, los costos de mantenimientos preventivos y correctivos de cada punto de videovigilancia cuestan 645.000 pesos al año¹.

Sobre la política de integración de sistemas y circuitos privados al sistema de vigilancia del distrito, la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia presta el acompañamiento técnico al privado que desea integrarse. El apoyo técnico va desde indicar las especificaciones técnicas que garanticen la resolución de imagen y la ubicación estratégica de las cámaras, así como, la asistencia durante la etapa de instalación y la capacitación para la operación. Para esto, los funcionarios de la SSCJ explican el alcance del proyecto y las responsabilidades de las partes, donde los privados deben garantizar el acceso a las cámaras durante los 365 días del año.

Ahora, en caso de que un entorno con CCTV privado sea considerado por la administración distrital como prioritario por temas de seguridad y/o emergencias, se podrá dar inicio al proceso de integración con el sistema de videovigilancia de la ciudad, siempre que el privado así lo desee. En caso afirmativo, la Secretaría asumirá el costo de interconexión de las cámaras, a través de un modelo de consumo de datos por demanda, en el cual paga el costo del canal de datos para visualización de las cámaras en las salas de monitoreo.

Aquí se referencia la tabla de contratos relacionados con la ampliación y modernización del sistema de cámaras de seguridad del distrito a 2018:

Proyectos	Objeto	Fases / Específicos	Contratos
Proyectos de Ampliación	Los proyectos de ampliación tienen por objeto la adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de nuevos puntos de video vigilancia en el Distrito Capital. Estos proyectos son estructurados para dar cumplimiento a las metas establecidas en el PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS 2016-2020 y se han dividido en TRES (3) FASES atendiendo la realidad presupuestal y tecnológica de los sistemas de video vigilancia.	Fase 1: a) El Contrato 128-2016 Derivado 4 suscrito entre la ESU y la SDCJ b) la Licitación Pública 001 de 2016 que derivó en el contrato SDCJ 350-2016, hoy terminado y en proceso de liquidación. Fase 2: La Licitación Pública 003 de 2017 que derivó en el contrato SDCJ 732-2017, hoy en ejecución. Fase 3: Las ordenes de compra derivadas del Instrumento de Agregación de Demanda con Colombia Compra Eficiente que adoptó las características técnicas y hechos ven sucedidos de las Fases 1 y 2 adelantadas por la SSCJ.	Fase 1: Contrato Interadministrativo 128-2016 Derivado 4 suscrito con la Empresa para la Seguridad Urbana de Medellín – ESU y la Licitación Pública 001 de 2016 que derivó en el contrato 350-2016 suscrito con la UT VIDEO VIGILANCIA DE BOGOTÁ. Fase 2: La Licitación Pública 003 de 2017 que derivó en el contrato 732-2017 suscrito con la UT BOGOTÁ MÁS SEGURA 2017. Fase 3: La Licitación Pública IP-153-AG-2017 adelantada por Colombia Compra Eficiente que dio lugar al Instrumento de Agregación de Demanda de video vigilancia ciudadana, con cuatro posibles personas jurídicas que cumplen al menor precio en la ejecución secundaria del instrumento
Proyectos de Mantenimiento	El mantenimiento consiste en actividades técnicas preventivas y/o correctivas a los bienes que conforman el sistema de videovigilancia de Bogotá, permitiendo así garantizar la continuidad de la operación, teniendo en cuenta las recomendaciones técnicas de los fabricantes de los equipos, estándares y normas que aplican para tal propósito. El servicio de mantenimiento debe prestarse con la calidad y niveles de servicio que permitan por asegurar una disponibilidad del sistema de video vigilancia superior al 95%.	Actualmente, la SDCJ garantiza la ejecución de los mantenimientos a través del contrato 596-2017 suscrito con la UT SCJ MANTENIMIENTO BOGOTÁ 2017.	Licitación Pública 003 de 2016 (V2), que resultó en el contrato 596-2017 suscrito con la UT SCJ MANTENIMIENTO BOGOTÁ 2017
Proyectos de Energización	El sistema de video vigilancia requiere que todos y cada uno de los puntos de video vigilancia esté debidamente conectado a la red eléctrica para el funcionamiento de los equipos activos como cámaras, UPS y equipos de comunicación. Esto, con observancia de las normas ICONTEC NTC 2050, NTC 4552, el CIDET (Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico del Sector Eléctrico), el RETIE (Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas) RETILAP (Reglamento Técnico de Iluminación y Alumbrado Público), Reglamento de Distribución de Energía Eléctrica, las normas de instalación de CODENSA y haciendo uso de los ductos, canalizaciones y redes existentes a lo largo y ancho de la ciudad.	Actualmente, la SDCJ garantiza la energización de los puntos a través del contrato 583-2017 suscrito con CODENSA	Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión 583-2017, suscrito con CODENSA S.A.
Proyectos de Conectividad	El video generado por las cámaras en cada uno de los puntos de video vigilancia debe ser transmitido hacia los centros de monitoreo dispuestos por la Policía Metropolitana de Bogotá y hacia el C4 donde es almacenado, garantizando una alta disponibilidad y gran calidad en la transmisión del video. En este sentido, ETS S.A. E.S.P. como actual proveedor de conectividad garantiza la transmisión del video a través de fibra óptica haciendo uso de la red MPLS con mayor cobertura en la ciudad de Bogotá, posibilitando mayor cobertura del sistema de video vigilancia haciendo uso de los ductos y canalizaciones existentes a lo largo y ancho de la ciudad.		Contrato Interadministrativo 595-2017, suscrito con ETS S.A. E.S.P.
Proyecto de Interventoría	La interventoría a los proyectos del sistema de video vigilancia debe ser efectuada de forma integral, de manera que a través del seguimiento y verificación permanente a las obligaciones de los diferentes contratos, se logre la debida articulación y coordinación, garantizando menores tiempos en la atención de incidencias, mediciones adecuadas de acuerdos de niveles de servicio, diagnósticos acertados a problemáticas que se presentan a diario y apoyo a la Secretaría para la toma de decisiones. En virtud del cumplimiento de los principios de libre competencia, igualdad de oportunidades, selección objetiva, eficiencia y economía que rigen la contratación estatal, la SDCJ adelantó la adjudicación de los proyectos en las siguientes modalidades de contratación:		Concurso de Méritos 001 de 2017 que resultó en el contrato 636-2017 suscrito con el CONSORCIO S3.

¹ Para consultar los contratos de costos referidos en este párrafo, revisar el contrato 596-2017, 583-2017 y 595-2017

Fuente: Oficina de Análisis de la Información y Estudios Estratégicos de la Secretaría de Seguridad Convivencia y Justicia (2018)

Actualmente, la Secretaría de Seguridad, Convivencia y justicia tiene en ejecución 3 contratos para la interventoría, energización, conectividad y mantenimiento del sistema de cámaras de videovigilancia, los cuales se presentan a continuación:

- Contrato 1099 de 2020 de Interventoría, entre el 31 de julio de 2020 y el 24 de febrero de 2021, por un valor de 999.617.850
- Contrato 1070 de 2020 de mantenimiento, por un periodo de 6 meses y un valor de 5.640.147.608
- Contrato 1075 de 2020 para prestar los servicios de conectividad entre el 30 de julio y el 28 de febrero de 2020, por un valor de 15.419.820.965

Ahora, según el Secretario de Seguridad, Convivencia y Justicia, Hugo Acero, actualmente la ciudad cuenta con 5.134 cámaras de seguridad, de las cuales hay 207 cámaras de centros comerciales y conjuntos residenciales que se han vinculado al sistema de vigilancia del distrito. Estas cifras son considerablemente mejores a las que se enfrentaba la ciudad en 2016, pero no son suficientes, dado que la policía cuenta con un déficit del 40% en su pie de fuerza, con 14.280 policías operativos, de 16.800 efectivos, frente a una necesidad por densidad poblacional de 23.000. Algo que sí es sorpresivo y hay que denotar, es la aparente baja vinculación de privados al sistema de la policía, por lo cual se necesita una estrategia de promoción a la vinculación dentro del sistema, para así robustecer el acceso y cobertura de videovigilancia de la ciudad.

Problema

Dado que en Colombia no existe regulación diferente a la ley 1581 de 2012 sobre el Régimen General de Protección de Datos Personales, y las disposiciones del Decreto 1377 que reglamenta la ley 1581, los límites a la instalación de cámaras de Seguridad, y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) se constriñen al tratamiento de los datos personales y el derecho a la intimidad y privacidad de las personas. Esta libertad en el proceso de instalación de sistemas de videovigilancia trae beneficios, pero a la vez genera problemas de seguridad.

Por un lado, los beneficios en los pocos límites a la instalación de equipos de videovigilancia, ha llevado a una proliferación de equipos instalados que mejoran los sistemas de seguridad de ciudadanos y empresas, pues el mercado mundial de estos ha mostrado 3 años consecutivos de crecimiento sostenido. Hay que anotar que solo el mercado latinoamericano tuvo un valor de 915 millones de dólares para 2018, y se espera que alcance un valor de 1500 millones de dólares en 2023 (Cropley, 2018).

Por otro lado, los pocos límites también permiten a qué actores desarrollen actividades desde la ilegalidad con estas herramientas instaladas a su favor. Como acontecimiento de esto, el 1º de agosto de 2020, la Policía logró identificar 46 cámaras de seguridad instaladas en 6 barrios de Bello Antioquia, que eran utilizadas por bandas criminales desde hace 4 meses para vigilar los movimientos de los agentes de policía, y así evitar que estos los tomaran por sorpresa. Dentro del informe comunicado por el Coronel Daniel Mazo, comandante encargado de la Policía del Valle de Aburrá se dio a conocer que las cámaras pudieron ser identificadas porque ahora cuando las autoridades

llegaban en respuesta a una denuncia sobre algún delito en estos barrios, el lugar ya se encontraba solo y sin rastros.

En vista que no existe ningún registro o estimación aproximada del número de cámaras de seguridad o Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) que se encuentran instalados en la ciudad, diferente al Registro Nacional de Bases de Datos, que almacena las bases de datos con fines de videovigilancia y es administrado por la Superintendencia de Industria y Comercio, aparece una oportunidad para poder identificar, mapear, caracterizar y relacionar las cámaras y CCTV instalados en la ciudad con responsables específicos. Se entiende pues, que una mejor caracterización y mapeo de cámaras críticas por parte de la Policía Metropolitana, podría ayudar a reducir los tiempos de respuesta y atención, además de facilitar el ejercicio del artículo 237 del Código Nacional de Policía, para solicitar el material de videovigilancia frente a una denuncia, directamente desde el "C4", o la dependencia/entidad que se encargue de identificar posible material de evidencia para el esclarecimiento de hechos.

Impacto de las Cámaras de Seguridad

La Oficina de Análisis de la Información y Estudios Estratégicos de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia realizó una evaluación al sistema de videovigilancia de Bogotá, encontrando efectos contundentes en mejoras de seguridad y reducción de crímenes, tal y como lo soporta la literatura al respecto.

La evaluación hecha por la oficina, encontró que el sistema de videovigilancia de la ciudad ha ayudado a reducir, en el agregado, los delitos cometidos en contra de la vida o en contra del patrimonio. De hecho, se estima que cada cámara redujo 0.001 delitos en el día, o 4% en total. Adicionalmente, hay que mencionar que no se encontraron efectos pez globo o de desplazamiento de crimen, debido al sistema de videovigilancia.

Hay que decir que los efectos positivos encontrados, responden y confirman ampliamente lo que se ha encontrado y teorizado en la literatura sobre videovigilancia y criminalidad, pues estos modelos de vigilancia se basan en la Teoría de prevención situacional del delito (Clarke, 1995), que asume que los individuos hacen evaluaciones racionales de costos y beneficios, al momento de decidir si cometen o no un acto delictivo.

Becker (1968) y Ehrlich (1973) modelaron la decisión racional sobre cometer o no un delito, concluyendo que si los beneficios son mayores a los costos o riesgos percibidos por el agente, el crimen ocurrirá. Esa idea básica, es complementada por Clarke (1997), quien encuentra que las cámaras y sistemas de videovigilancia aumentan la percepción de riesgo al individuo, por consideraciones que se relacionan con la obtención de material probatorio y evidencia para un posible juicio que les castigaría, lo que disuade a la persona de ejecutar el delito resultados que son confirmados por Gill & Springs (2005), y luego más recientemente por Gannoni, Willis, Taylor & Lee (2017). De hecho, en el estudio desarrollado por Gannoni, Willis, Taylor & Lee (2017), encontraron que los efectos disuasorios de los sistemas de videovigilancia sucede especialmente cuando se conoce del uso de los videos para ordenar capturas o proferir sentencias.

Por ejemplo, sobre el impacto y la importancia del fortalecimiento de los sistemas de videovigilancia de la ciudad, la literatura ha encontrado que los sistemas de videovigilancia tienen resultados significativos en la reducción de hurtos a vehículos en los alrededores de parqueaderos (Priks, 2015;

La Vigne, Lowry, Markman, y Dwyer, 2011; Hayes y Downs, 2011). En complemento a esto, las evaluaciones con metodología cuasi-experimental sobre el efecto de los sistemas de videovigilancia en la seguridad del Metro de Estocolmo, (Priks, 2015), los sistemas de las ciudades de Montevideo (Munyo y Rossi, 2018), Newark (Caplan, Kennedy, y Petrossian, 2011) y Medellín (Gomez y cols., 2017), coinciden en que la instalación de cámaras reduce el crimen, pero no queda claro algún efecto de desplazamiento o propagación de beneficios a zonas aledañas. Puntualmente, en Estocolmo se evidencio un desplazamiento del crimen, en Montevideo y Newark difusión de beneficios, y en Medellín no se evidencio ninguno de los dos fenómenos.

En línea con esta literatura, se ha desarrollado la investigación sobre el efecto de los mensajes disuasorios sobre el comportamiento de los individuos. Nettle, Nott & Bateson (2012) encontraron que cuando se hizo una intervención con carteles informativos de carácter disuasorio en los parqueaderos de bicicletas de la Universidad de Newcastle, vieron una reducción en los hurtos a las bicicletas.

Habiendo explicado el impacto que tienen los sistemas de videovigilancia sobre la disuasión del crimen, además de la herramienta que supone para la recolección de evidencia y material probatorio para la investigación de casos, es importante el fortalecimiento del sistema con el que cuenta el Distrito Capital.

3. Marco Legal

A la fecha de radicación del presente proyecto, la regulación y jurisprudencia sobre cámaras de seguridad y CCTV no está muy desarrollada, pues solo se ha enfocado en temas concernientes al tratamiento de datos personales, y de la protección a los derechos de privacidad e intimidad de las personas.

De acuerdo a la sentencia T-233 de 2007, la cual establece que “Las grabaciones de imagen o de voz realizadas en ámbitos privados de la persona con destino a ser publicadas o sin ese propósito, constituyen violaciones al derecho a la intimidad”. La ley contempla **artículos 24 y 27 de la Ley 1437 de 2011** los cuales estipulan lo siguiente:

Artículo 24: “Tendrán carácter reservado las informaciones y documentos expresamente sometidos a reserva por la Constitución Política o la ley, y en especial: Los que involucren derechos a la privacidad e intimidad de las personas, incluidas en las hojas de vida, la historia laboral y los expedientes pensionales y demás registros de personal que obren en los archivos de las instituciones públicas o privadas, así como la historia clínica.”

Artículo 27: “El carácter reservado de una información o de determinados documentos, no será oponible a las autoridades judiciales, legislativas, ni a las autoridades administrativas que siendo constitucional o legalmente competentes para ello, los soliciten para el debido ejercicio de sus funciones. Corresponde a dichas autoridades asegurar la reserva de las informaciones y documentos que lleguen a conocer en desarrollo de lo previsto en este artículo.”

Ahora, la **ley 1581, la cual establece todo el “Régimen General de Protección de datos personales”**, pues El Tratamiento de datos personales ha sido definido, en el artículo 3º de la ley 1581 como “*cualquier operación o conjunto de operaciones sobre datos personales, tales como la*

recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión". Ahora, en el caso de las imágenes de personas determinadas o determinables, operaciones como la captación, grabación, transmisión, almacenamiento, conservación, o reproducción en tiempo real o posterior, entre otras, son consideradas como Tratamiento de datos personales por la Superintendencia de Industria y Comercio, y en consecuencia, se encuentran sujetas al Régimen General de Protección de Datos Personales.

Según la interpretación de la Superintendencia de Industria y Comercio, la operación de sistemas de videovigilancia que impliquen la toma de imágenes en la vía pública por ser necesaria para alcanzar la finalidad establecida, por ejemplo, garantizar la seguridad de bienes y personas en entornos privados, debe tener una recolección de imágenes que se limite a aquella que no pueda evitarse para alcanzar el fin legítimo perseguido, pero no ahonda más allá de eso. El único elemento adicional y relevante, es que se requiere que las bases de datos con fines de videovigilancia también deben inscribirse en el Registro Nacional de Bases de Datos –RNBD-, administrado por la Super Intendencia de Industria y Comercio.

Si bien el proceso de instalación de cámaras de seguridad o CCTV no requieren previa autorización, existe un símil con cámaras de seguridad vial, pues existe la **Ley 1843 de 2017** *"Por medio de la cual se regula la instalación y puesta en marcha de sistemas automáticos, semiautomáticos y otros medios tecnológicos para la detección de infracciones y se dictan otras disposiciones."*, y señala:

Se define e incluyen las cámara de video dentro de la competencia que cobija la Ley:

"ARTÍCULO 1º: (...) *"Se entenderá por sistemas automáticos y semiautomáticos y otros medios tecnológicos a todas las ayudas tecnológicas como **cámaras de vídeo** y equipos electrónicos de lectura que permitan con precisión la identificación del vehículo o del conductor (...)"*

"ARTÍCULO 2º modificado por el Decreto 2106 de 2019: *Todo sistema automático, semiautomático y otros medios tecnológicos para la detección de presuntas infracciones al tránsito que se pretenda instalar, **deberá cumplir con los criterios técnicos de seguridad vial que para su instalación y operación establezca el Ministerio de Transporte en conjunto con la Agencia Nacional de Seguridad Vial.***

*Los sistemas automáticos, semiautomáticos y otros medios tecnológicos que se pretendan instalar, deberán contar con **autorización de la Agencia Nacional de Seguridad Vial**, la cual se otorgará de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Transporte y la Agencia Nacional de Seguridad Vial.*

PARÁGRAFO. Toda autorización otorgada en Colombia para la instalación de sistemas automáticos, semiautomáticos y otros medios tecnológicos para la detección de presuntas infracciones al tránsito, **tendrá una duración de cinco (5) años**, contados a partir de la fecha de su otorgamiento"

De lo anterior vemos que, en el artículo 1º vemos la inclusión de las cámaras de seguridad, dentro de lo que regula el proyecto, y en el artículo 2º se establecen la necesidad de una autorización, los criterios para obtenerla, y la duración de la autorización. Se entiende entonces, que existe un registro completo de todas las cámaras que han sido instaladas, y las autorizaciones que se han expedido; cosa que se limita a las cámaras de identificación o control de velocidad y seguridad vial.

En complemento a esto, el **Decreto 510 de 2019** “Por el cual se reglamenta el Sistema Centro de Comando, Control, Comunicaciones y Cómputo - C4 y se dictan otras disposiciones”. define a los Sistemas de video vigilancia en su artículo 16 como:

“ El sistema de videovigilancia ciudadana del Distrito Capital es el conjunto de infraestructura física y tecnológica, los protocolos y el personal necesario para capturar, transportar, almacenar, monitorear y analizar la información proveniente de las cámaras instaladas por el Distrito en toda la ciudad y aquellas de otras entidades públicas o privadas que por su potencial aporte al sistema, conforme los lineamientos aprobados por el Comité Operativo de Apoyo y Seguimiento del C4, en concordancia con lo indicado en el artículo 12 del presente decreto, los cuales estarán al servicio de la Policía Metropolitana de Bogotá - MEBOG y las demás entidades que en el marco del cumplimiento de los objetivos del C4, se considere que deben acceder, con el fin de aportar a la atención y prevención de incidentes de seguridad y emergencias en Bogotá. D. C.”

Finalmente, la única regulación real sobre cámaras de seguridad y CCTV, la podemos encontrar en el **artículo 237 de la ley 1801 de 2016**, o Código Nacional de Policía y Convivencia, el cual señala:

“ARTICULO 237: *La información, imágenes, y datos de cualquier índole captados y/o almacenados por los **sistemas de video o los medios tecnológicos que estén ubicados en el espacio público**, o en lugares abiertos al público, **serán considerados como públicos y de libre acceso**, salvo que se trate de información amparada por reserva legal.*

Los sistemas de video y medios tecnológicos, o los que hagan sus veces, de propiedad privada o pública, a excepción de los destinados para la Defensa y Seguridad Nacional, que se encuentren instalados en espacio público, áreas comunes, lugares abiertos al público o que siendo privados trasciendan a lo público, se enlazarán de manera permanente o temporal a la red que para tal efecto disponga la Policía Nacional, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno nacional.

PARÁGRAFO. *En tratándose de sistemas instalados en áreas comunes, lugares abiertos al público o que siendo privados trasciendan a lo público, **se requerirá para el enlace a que hace referencia el presente artículo, la autorización previa por parte de quien tenga la legitimidad para otorgarla**.*

En este artículo se entiende la estrategia que ha implementado la Policía y la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia, vinculando 180 cámaras de seguridad y CCTV del sector privado. Ahora bien, a pesar de las disposiciones de este artículo, el distrito aún no cuenta con un registro o base de datos con todas las cámaras de seguridad que se encuentran instaladas en la ciudad.

Adicionalmente, en el marco legal desarrollado, es importante mencionar acá las siguientes leyes y acuerdos vigentes, que competen al desarrollo de este proyecto de acuerdo y que se deja en claro que este proyecto no pretende modificar ni contravenir ninguno de los textos del ordenamiento jurídico mencionado.

- **Conpes 3437 de 2006** “Implementación del Sistema Integrado de emergencias y seguridad” SIES de Colombia

- **Decreto 4366 de 2006** “por el cual se regula la operatividad de los sistemas integrados de emergencias y seguridad SIES”.
- **Decreto 341 de 2014** “Por medio del cual se integra el sistema de cámaras de video vigilancia, monitoreadas por la MEBOG, con el Sistema Integrado de Seguridad y Emergencias NUSE 123 y los circuitos cerrados de televisión del sector privado”.

4. Competencia del Concejo

Este proyecto de acuerdo cumple con lo dispuesto en el artículo 14 de la ley 1421 de 1993, el cual versa de la siguiente forma: 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

Teniendo en cuenta los mandatos de la ley 819 de 2003, en cuanto a la declaración de impacto fiscal de las normas estipulado en el artículo 7º de mencionada ley, y teniendo en cuenta lo establecido por la Corte Constitucional mediante Sentencia C- 911 de 2007, en la que puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. Se declara que el presente proyecto de acuerdo 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.

6. Conclusiones

De lo expuesto anteriormente, se entienden las ventajas que trae la caracterización y conocimiento, por parte de las autoridades, de la ubicación de cámaras de seguridad o sistemas de videovigilancia. Con este proyecto, se pretende entonces poder estimar el total de las cámaras de videovigilancia que se encuentran en la ciudad, reducir los tiempos de reacción y recopilación de evidencia por parte de las autoridades, al dotarlas de la información de área ocupada y grabada por cada cámara de seguridad en la ciudad, así como el responsable de la misma al que habrá que solicitar la información.

Adicionalmente, es claro por lo que establece el artículo 237 del Código Nacional de Policía y Convivencia, la importancia de enlazar los sistemas de videovigilancia privados, con el de la ciudad, para así mejorar tiempos de respuesta y poder tener convergencia de la información que recopilan estos sistemas. Con estas dos medidas, se espera poder lograr mejoras en tiempos y trámites para la Policía y autoridades judiciales, en su actuar por exigir el cumplimiento de la ley.

Atentamente,

DIANA MARCELA DIAGO GUAQUETA
Honorable Concejal de Bogotá

Anexos: N/A

Copia: N/A

Elaboró: Juan Sebastián Sánchez /

Profesional

Revisó: N/A

Bibliografía

1. Becker, G. (1968). Crime and punishment: An economic approach. *Journal of Political Economy*, 76(2), 169- 217.
2. Caplan, J. M., Kennedy, L. W., & Petrossian, G. (2011). Police-monitored CCTV cameras in Newark, NJ: A quasi-experimental test of crime deterrence. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 255-274. doi:10.1007/s11292-011-9125-9
3. Clarke, R. V. (1995). Situational Crime Prevention. *Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention*. doi:10.4135/9781412979993.n297
4. Con cámaras de vigilancia, bandas criminales espiaban a la Policía en Bello. Revisado 13 de octubre, 2020, de: https://caracol.com.co/emisora/2020/08/01/medellin/1596310783_284123.html
5. Cropley, J. (2018). Global professional video surveillance equipment market set for third year of near double-digit growth in 2019. Revisado el 13 de octubre, 2020, de: <https://omdia.tech.informa.com/616280/global-professional-video-surveillance-equipment-market-set-for-third-year-of-near-double-digit-growth-in-2019>
6. Ehrlich, I. (1973). Participation in Illegitimate Activities: A Theoretical and Empirical Investigation. *Journal of Political Economy*.
7. Gomez, S., Tobón, S., & Mejía, D. (2017). The deterrent effect of public surveillance cameras on crime. Documentos CEDE No.9 Febrero .
8. Hayes, R., & Downs, D. (2011). Controlling retail theft with CCTV domes, CCTV public view monitors, and protective containers: A randomized controlled trial. *Security Journal*, Volume 24, Issues 3, 237-250.
9. La Vigne, S., & Lowry, S. (2011). Evaluation of camera use to prevent crime in commuter parking facilities: A randomized control trial. Urban Institute:n Justice Policy Center.
10. Munyo, I., & Rossi, A. (2016). Is it displacement? Evidence on the Impact of Police Monitoring Crime. Universidad de San Andrés, Departamento de Economía Working Papers.
11. Nettle, D., Nott, K., & Bateson, M. (2012). 'Cycle Thieves, We Are Watching You': Impact of a Simple Signage Intervention against Bicycle Theft. *PLoS ONE*, 7(12). doi:10.1371/journal.pone.0051738
12. Priks, M. (2015). The effects of surveillance cameras on crime: Evidence from the Stockholm subway. *Economic Journal*.
13. Spriggs, A., & Gill, M. (2005). Assessing the impact of CCTV. Home Office Research Study series. London.
14. Taylor E *et al.* 2017. Police detainee perspectives on police body-worn cameras. *Trends & issues in crime and criminal justice* no. 537. Canberra: Australian Institute of Criminology. <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi537>

PROYECTO DE ACUERDO No. 047 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO DE CÁMARAS DE SEGURIDAD Y CIRCUITOS CERRADOS DE TELEVISIÓN (CCTV) DEL DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales y, en especial de las que le confiere el numeral 1 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1º *Objeto:* Crear el Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) del Distrito Capital para integrar al Centro de Comando, Control y Comunicaciones (C4), y por defecto, a los Centros Operativos de Seguridad Ciudadana (COSEC) de la Policía Metropolitana de Bogotá un registro de todas las Cámaras o CCTV de la ciudad, privadas y/o públicas de la ciudad con información sobre ubicación, espacio grabado, especificaciones técnicas, administrador y dueño del dispositivo de cámaras o circuitos funcionales.

ARTÍCULO 2º: Se crea el Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) del Distrito Capital, como base de datos articulada al Centro de Comando, Control y Comunicaciones (C4), y por defecto, a los Centros Operativos de Seguridad Ciudadana (COSEC) de la Policía Metropolitana de Bogotá. Este registro, recopilará la información que se especifica en el artículo 4º del presente acuerdo, y será administrado de manera conjunta por las Secretarías del Distrito Capital, y la Policía Metropolitana de Bogotá.

ARTÍCULO 3º: La Secretaría Distrital de Seguridad, Justicia y Convivencia se encargará de coordinar la coadministración de la información del registro con las demás Secretarías y departamentos de la administración local. Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Seguridad, Justicia y Convivencia, deberá diseñar una plataforma de acceso virtual para la visualización abierta de las cámaras georeferenciadas en el Distrito, por parte de la ciudadanía, respetando los lineamientos de confidencialidad y seguridad que determine el cuerpo de la Policía Metropolitana de Bogotá.

ARTÍCULO 4º: Se estipula que todas las personas naturales o jurídicas, incluyendo a privados, como a entidades del orden nacional, que tengan instalado o pretendan instalar un sistema de videovigilancia, cámaras de seguridad o Circuitos Cerrados de Televisión que capten espacio público en Bogotá, deberán reportar al Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV) del Distrito Capital, la siguiente información sobre sus equipos:

1. Fecha de instalación del sistema de videovigilancia.
2. Ubicación geográfica de los dispositivos de video, descripción del lugar en donde se encuentran instalados, y descripción del área de imagen captada por el dispositivo.
 - a. En caso que el dispositivo cuente con opciones de movilidad en un rango determinado, se deberá reportar dicha capacidad de movilidad y el rango de imagen que capta.

3. Número de cámaras o dispositivos de video que incluye el sistema de videovigilancia instalado.
4. Método de almacenamiento y tiempo de almacenamiento de la información captada por los dispositivos
5. Modelo y especificaciones técnicas de los dispositivos de video y almacenamiento, como:
 - a. Resolución de imagen
 - b. Fotogramas por segundo que capta el dispositivo.
 - c. Características de Conectividad
 - d. Capacidad de almacenamiento

Parágrafo: En caso que el titular del dispositivo o sistema registrado desee desinstalar el mismo, deberá reportar la desinstalación al Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV). Por otro lado, si el titular del dispositivo o sistema registrado desea cambiar la ubicación de uno de las unidades de grabación de videos, deberá reportar al registro la información requerida en el numeral 2 del presente artículo.

ARTÍCULO 5º: La Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia, en conjunto con la Policía Metropolitana de Bogotá, se encargarán de desarrollar una campaña de promoción y concientización sobre el programa de adhesión de los circuitos y sistemas privados al sistema de videovigilancia administrado por la Policía Metropolitana, dirigida a las personas naturales o jurídicas que hagan un reporte al Registro de Cámaras de Seguridad y Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV), sobre la estrategia de adhesión de los circuitos y sistemas privados al sistema de videovigilancia administrado por la Policía Metropolitana.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los ____ días del mes de ____ del año 2020

PROYECTO DE ACUERDO No. 048 DE 2021**PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN NUEVOS LINEAMIENTOS PARA ACTUALIZAR LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EXPOSICIÓN DE MOTIVOS****1. OBJETO DEL PROYECTO**

El presente acuerdo tiene como objeto establecer nuevos lineamientos para actualizar la Política Distrital de Salud Mental en Bogotá, para que, una vez formulada su actualización, se proceda a su adopción.

Con la adopción de la Política Pública de Salud Mental en Bogotá, actualizada y ejecutada a través del respectivo plan de acción, se pretende atender de manera integral toda manifestación de trastornos mentales y reducir el impacto individual, familiar, así como en el sector salud y en la economía de la ciudad.

2. ANTECEDENTES DE PROYECTOS DE ACUERDO RELACIONADOS CON EL TEMA DE SALUD MENTAL:

Este Proyecto de Acuerdo, ha sido radicado en la Corporación, en dos oportunidades, a saber:

PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
Proyecto de Acuerdo 228 de 2021: “Por medio del cual se establecen nuevos lineamientos para actualizar la Política Distrital de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”	No fue objeto de sorteo Archivado.
Proyecto de Acuerdo 405 de 2021: “Por medio del cual se establecen nuevos lineamientos para actualizar la Política Distrital de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”	Proyecto de Acuerdo 405 de 2021: “Por medio del cual se establecen nuevos lineamientos para actualizar la Política Distrital de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”

3. JUSTIFICACIÓN

La salud mental y los problemas que inciden negativamente en ésta han cobrado importancia en las últimas décadas debido al aumento de los trastornos mentales en la población mundial, así como por los efectos de importancia que tienen en los individuos y sus familiares, en la sociedad y en el aparato productivo de los países y ciudades. De hecho, el impacto de los trastornos mentales está siendo muy similar a los que generan enfermedades como el SIDA, el cáncer, las enfermedades cardíacas, y otras enfermedades transmisibles, crónicas o terminales². El suicidio, por ejemplo, es uno de los más fuertes síntomas y consecuencia de las enfermedades mentales.

El problema mental es definido como “*el malestar y las dificultades en la interacción con otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental*” (Ministerio de Salud, 2018, p. 6). Dentro del problema mental se comprenden las consecuencias de experiencias traumáticas y las reacciones emocionales *ante las mismas o ante pérdidas significativas*, tales como la depresión, la ansiedad, alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicoactivas, problemas de comunicación, problemas de socialización, problemas de aprendizaje, problemas alimenticios, entre otros (Ministerio de Salud, 2018, p. 6).

Así mismo, el trastorno mental es definido como: “*un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental*” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, citado por Ministerio de Salud, 2018, p.6)³.

Los males que aquejan a la población mundial son de variada naturaleza y características, como por ejemplo la depresión, la ansiedad, los trastornos bipolares, los desórdenes alimenticios, la esquizofrenia, la demencia, discapacidades mentales y trastornos al desarrollo, el trastorno de abuso de sustancias y salud mental, el alcoholismo, el abuso de sustancias legales e ilegales, así como la emergencia de problemas de salud mental producto del uso de las redes sociales – tales como el ciberacoso, el ciberbullying, el sexting, y la depresión producto de las redes sociales y la ansiedad por la presión social que dichas redes conllevan, sobre todo en adolescentes (O’Keeffe & Clarke-Pearson, 2011; Organización Mundial de la Salud - OMS, 2019; Ritchie & Roser, 2018).

El impacto que tales problemas de salud mental tienen son de considerable envergadura para los individuos afectados por dichos problemas, así como para sus familiares y amistades; siendo también de considerable envergadura para la sociedad y para la economía. De acuerdo con la OMS (2004), los problemas de salud mental tienen costos económicos para las personas afectadas, principalmente por costos de tratamiento, baja productividad y pérdida de ingresos. Además, hay otros efectos colaterales, incluyendo en algunos casos el suicidio. Para los familiares y amistades de las personas afectadas, los costos se cifran en los cuidados no formales, la ausencia laboral, así como costos de orden emocional y social. Para los empleadores, los costos se cifran en la contribución al cuidado y tratamientos de los empleados afectados, además de la reducción en la productividad⁴.

² Ver: Salud. (24 de febrero de 2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>, y Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

³ La diferencia entre ambas definiciones y tipos de afectaciones a la salud mental radicaría, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2018), radicaría en el grado de impacto y afectación a la capacidad psicosocial de quien es afectado por cualquiera o ambos.

⁴ Ver también: Salud. (24 de febrero de 2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>

También hay unos costos considerables para la sociedad, siendo similares a los anteriormente expuestos. Siguiendo con lo expuesto por la OMS (2004), la sociedad tiene el costo de la contribución de tratamientos y cuidados, reducción en la productividad y la pérdida de vidas, así como la exclusión social de las personas afectadas por problemas de salud mental. Así mismo, los efectos y costos de los trastornos mentales pueden ser de largo plazo a nivel social y económico. Estos costos son más altos a posteriori si los trastornos se manifiestan en edades tempranas y si no son tratados de forma adecuada y a tiempo. Los costos económicos son básicamente los ya mencionados, junto con costos indirectos en términos de servicios sociales, transporte, y costos sobre el sistema judicial y carcelario. El impacto de los mismos tiende a incrementarse con el paso del tiempo y cuando los trastornos se manifiestan con más fuerza a edades más adultas, podrían llegar a tener características de naturaleza criminal (OMS, 2004).

Uno de los segmentos más vulnerables de la población en términos generales es la población infantil y juvenil. Según la United Nations Children's Fund - UNICEF (2011), alrededor de un 20% de los adolescentes padece algún trastorno mental, con el suicidio siendo frecuente a la par que los números de afectados va en aumento año tras año. Factores tales como estructuras familiares disfuncionales, presiones profesionales por parte de los familiares, y el aumento del desempleo en la población joven, además de otros factores socioeconómicos adversos. También existe el agravante del limitado acceso a los servicios de tratamiento y salud, sobre todo en países en vías de desarrollo. A lo anterior debe sumarse el efecto que tienen las redes sociales y el uso del internet en la emergencia de trastornos mentales en esta población, según la O'Keeffe & Clarke-Pearson (2011).

Las mujeres también son muy vulnerables a padecer trastornos mentales. Según la OMS (2019) y OMS (2000), trastornos como la depresión (unipolar), la ansiedad, y dolencias psicósomáticas son frecuentes en las mujeres; estos tres trastornos pueden manifestarse al mismo tiempo. Esto se debería a factores de orden social y económico, a traumas psicológicos producto de la violencia de género y sexual, y a los perjuicios persistentes sobre la salud mental y el género. Las mujeres de mayor edad, por cierto, son particularmente vulnerables.

La población económicamente vulnerable (o en condiciones de pobreza) es también susceptible de padecer trastornos mentales, implicando un problema aún más serio para los países en desarrollo. Los trastornos mentales afectan a la productividad económica, siendo esto agravado por el hecho de que tales trastornos tienden a afectar con mucha fuerza a la población más pobre, agudizando y manteniendo a su vez el llamado círculo vicioso de la pobreza. Las condiciones socioeconómicas adversas que esta población afronta son la razón de este fenómeno, siendo el limitado acceso a tratamientos adecuados un agravante (Cruz, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que Latinoamérica, el país y a su vez la ciudad, son muy vulnerables a la problemática de los trastornos mentales, precisamente por la prevalencia de las condiciones socioeconómicas y otras problemáticas sociales que son los factores que dan lugar a la emergencia de trastornos mentales. Por ser una ciudad grande con sus problemas y su ritmo de vida, Bogotá tiene un alto riesgo de ver en su población un número significativo de trastornos mentales y a padecer, por ende, sus consecuencias.

En cualquier caso, la salud mental es algo que ha de ser protegida y tratada apropiadamente. Como señala la OMS (30 de marzo de 2018):

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.»⁵

En este entendido, la salud mental es de gran importancia para los individuos, para la sociedad, y para la economía tanto a nivel local como a nivel global; individuos con una buena salud mental pueden explotar al máximo sus potenciales y contribuir de forma sólida y eficaz a la economía, de acuerdo con la OMS (30 de marzo de 2018).

Es por ello que las medidas que se toman a nivel tanto internacional como nacional han de orientarse a la creación de entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas llevar una vida saludable, teniendo en cuenta lo consagrado en derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales por las legislaciones nacionales. También se deben tener en cuenta las necesidades de quienes padecen de trastornos mentales. Además, toda política nacional de salud mental ha de comprender no solo la salud mental sino también lo que fomenta la salud mental, tales como las medidas, políticas acciones del sector gubernamental y no gubernamental y la participación de otros sectores en la formulación de dichas políticas. Las estrategias intersectoriales, además, se tornan de vital importancia. En este marco, los Ministerios de Salud han de asumir un rol más protagónico, adoptando medidas acordes al contexto nacional y/o local (OMS, 30 de marzo de 2018).

Un plan de acción integral para la salud mental fue adoptado en el 2013: El Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013 - 2020. Dicho plan tiene como objetivos el reforzar un liderazgo y gobernanza eficaces; proveer servicios de asistencia y salud mental completos, integrados, y con capacidad de respuesta; implementar estrategias de promoción y prevención; y fortalecer los sistemas de información (OMS, 2013)⁶. Una iniciativa similar – y alineada con el Plan de la OMS – es aquella implementada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual es el Plan de Acción Sobre Salud Mental Para la Región de las Américas, 2015-2020. El objetivo de dicho plan es la

⁵ Ver: Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁶ Estos objetivos se basan en 6 principios y enfoques: cobertura sanitaria universal; derechos humanos con énfasis en derechos para personas con discapacidad; tratamientos y prácticas basados en evidencias y un enfoque cultural; una total cobertura por los planes, planes y servicios para todas las edades; un enfoque que contemple involucrar a los sectores públicos y privados; y la emancipación y participación de personas con trastornos y discapacidades mentales en la formulación y promoción de políticas afines a la salud mental (OMS, 2013).

promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y el abuso de sustancias, así como el ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales; todo lo anterior se orienta a la reducción de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad por cuenta de los problemas de salud mental (OPS, 2015)⁷.

Otra de las organizaciones que ha implementado varias medidas e iniciativas es el Banco Mundial, siendo la más importante la llamada SaluDerecho, la cual es un medio de la organización para apoyar la salud mental y otras temáticas de salud mundial (Cruz, 2015).

El Distrito también debe propender por la defensa de la salud mental como un derecho fundamental, ya que como los datos que se mostrarán a continuación harán evidente, los índices de manifestación de problemas que afectan a la salud mental de los habitantes de Bogotá, así como los síntomas y consecuencias de los mismos, son de una magnitud importante. Lo anterior, junto con los riesgos socioeconómicos y de otra naturaleza presente en la ciudad, hace que los índices tengan la posibilidad de aumentar año tras año. Es igualmente necesario que el Distrito tome las medidas oportunas para mejorar la atención los casos en curso y para prevenir la emergencia de nuevos casos.

4. CONTEXTO INTERNACIONAL, LATINOAMERICANO, NACIONAL Y DISTRITAL

4.1 Las cifras de los problemas mentales en el mundo y Latinoamérica

A nivel mundial, la salud mental presenta una imagen preocupante. En primer lugar, durante el periodo comprendido entre el 2005 y el 2015, el 18,4% de la población mundial fue afectada o sufrió algún tipo de problemas de salud mental, y para 2015, 322 millones de personas padecían depresión. El promedio para ese año fue un 4,4% de la población global que sufría precisamente de depresión, con al menos 788.000 personas quitándose la vida como resultado de dicha enfermedad (El Tiempo, 24 de febrero de 2017).

Para 2017 y a nivel mundial, 792 millones de personas, un 10,7% del total de la población mundial, padece algún tipo de trastorno mental. Un 9,3% son hombres mientras que un 11,9% son mujeres. De los principales tipos de trastornos mentales: 264 millones de personas, un 3,4% del total de la población mundial, padece depresión, siendo 2,7% hombres y 4,1% mujeres. A su vez, 284 millones de personas padecen ansiedad, un 3,8% del total de la población mundial, siendo 2,8% hombres y 4,7% mujeres. 46 millones de personas padecen de trastornos bipolares, un 0,6% de la población mundial, siendo un 0,55% hombres y un 0,65% mujeres. 16 millones de personas padecen de desórdenes alimenticios, un 0,2% de la población mundial, con un 0,13% siendo hombres y un 0,29% siendo mujeres. 20 millones de personas padecen de esquizofrenia, un 0,3% de la población mundial de los cuales el 0,26% son hombres y el 0,25% son mujeres. 970 millones padecen de cualquier problema de salud mental o abuso de sustancias, un 13% de la población mundial, de los cuales 12,6% son hombres y 13,3% son mujeres. El alcoholismo es padecido por 107 millones de personas, o el 1,4% de la población mundial, siendo el 2% hombres y el 0,8% mujeres. Y el uso de drogas

⁷ El plan en particular de la OPS tiene 4 principales líneas de acción: liderazgo y gobernanza, con las políticas y planes enmarcados o alineados con planes y estrategias de nivel regional y mundial, y con leyes nacionales alineadas con los instrumentos internacionales de DDHH; todo servicio de salud mental ha de ser basado en la comunidad, aumentando la cobertura a la par que se reduce el rol de los hospitales psiquiátricos e integrando la salud mental dentro de la atención primaria; promover y prevenir mediante programas que prevengan problemas de salud mental y el suicidio; y un fortalecimiento de los sistemas de información e indicadores de salud mental (OPS, 2015).

(legales e ilegales) es padecido por 71 millones de personas, el 0,9% de la población mundial, siendo el 1,3% hombres y el 0,6% mujeres. El gráfico a continuación relaciona el panorama a nivel mundial.

Tabla 1

Tipo de Trastorno Mental (2017)	Total población afectada	Porcentaje población afectada	Porcentaje población afectada por género (Hombres/Mujeres)
Todo tipo de Trastorno Mental	792 millones	10,7%	9,3% / 11,9%
Depresión	264 millones	3,4%	2,7% / 4,1 %
Ansiedad	284 millones	3,8%	2,8% / 4,7%
Bipolaridad	284 millones	0,6%	0,55% / 0,65%
Desórdenes Alimenticios	16 millones	0,2%	0,13% / 0,29%
Esquizofrenia	20 millones	0,3%	0,26% / 0,25%
Problema de salud mental por abuso de sustancias	970 millones	13%	16,6% / 13,3%
Alcoholismo	107 millones	1,4%	2% / 0,8%
Uso de drogas	71 millones	0,9%	1,3% / 0,6%

Fuente: Our World in Data (2018)

En el caso de Latinoamérica, el promedio tiende a ser más alto que el promedio mundial. Visto así, Brasil y Cuba tuvieron los promedios más altos en 2015, un 5,8% y un 5,3% respectivamente. Otros países como Argentina, Costa Rica, República Dominicana y Colombia tuvieron un promedio de 4,7% (El Tiempo, 24 de febrero de 2017). Una aproximación más detallada por país de la región en el 2017 da cuenta de los porcentajes de la población que sufrían de algún trastorno mental, como se ve en el cuadro a continuación.

Tabla 2

	Problemas de salud mental por abusos de sustancias (2017)	Depresión (2016)	Ansiedad (2017)	Trastornos Bipolares (2017)	Trastornos Alimenticios (2017)	Esquizofrenia (2017)
Argentina	15,74%	3,66%	6,28%	0,77%	0,4%	0,2%
Bolivia	12,76%	3,09%	4,24%	0,85%	0,31%	0,19%
Chile	16,08%	4,05%	6,27%	0,79%	0,42%	0,2%
Colombia	10,04%	2,19%	2,51%	0,77%	0,26%	0,21%
Costa Rica	11,06%	2,9%	2,94%	0,84%	0,29%	0,21%
Cuba	14,1%	3,32%	4,62%	0,94%	0,26%	0,2%
Ecuador	12,8%	2,97%	4,31%	0,88%	0,36%	0,2%
El Salvador	11,04%	3,03%	2,95%	0,77%	0,24%	0,2%

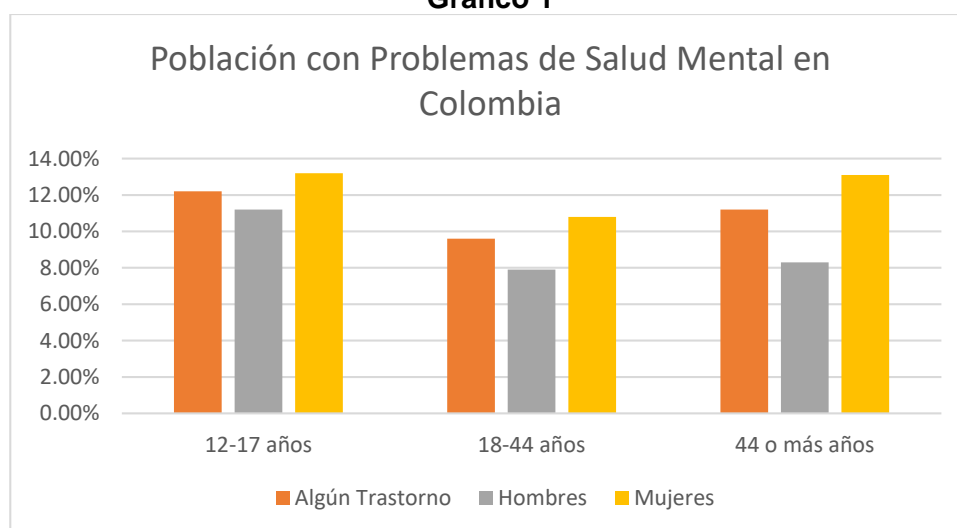
Guatemala	11,18%	3,23%	2,91%	0,74%	0,23%	0,19%
Honduras	10,71%	2,75%	2,88%	0,75%	0,2%	0,19%
México	10,87%	2,78%	3,19%	0,82%	0,32%	0,21%
Nicaragua	10,97%	2,85%	2,91%	0,8%	0,21%	0,2%
Panamá	10,78%	2,67%	2,98%	0,81%	0,32%	0,21%
Paraguay	14,19%	2,96%	6,02%	1,08%	0,24%	0,2%
Perú	12,1%	2,27%	4,26%	0,89%	0,37%	0,2%
Puerto Rico	13,6%	2,72%	4,68%	0,94%	0,41%	0,21%
República Dominicana	13,55%	2,99%	4,56%	0,89%	0,3%	0,2%
Uruguay	15,77%	3,6%	6,32%	0,78%	0,41%	0,2%
Venezuela	11,11%	2,81%	2,87%	0,78%	0,28%	0,21%

Fuente: Our World in Data (2018).

4.2 La problemática en Colombia y el Distrito

El panorama **a nivel Nacional** se muestra bastante preocupante, ya que la presencia de casos de personas que padecen al menos ansiedad y depresión son de considerable magnitud, siendo también un problema recurrente en cualquier grupo etario. Cifras obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, hecha por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias⁸, permiten tener una radiografía del estado de la salud mental en el país. De la población de entre 12-17 años, el 12,2% es tiene algún trastorno mental, siendo el 11,2% hombres y el 13,2% mujeres. A su vez, de la población entre 18-44 años, el 9,6% tiene algún trastorno mental, siendo el 7,9% hombres y el 10,8% mujeres. Y de la población de 44 años en adelante, el 11,2% tiene algún trastorno mental, siendo el 8,3% hombres y el 13,1% mujeres. Las siguientes gráficas relacionan los datos mencionados anteriormente:

Gráfico 1



⁸ Encuesta aplicada a nivel nacional en el 2015 a 15.351 personas: 2.727 personas entre los 11 y los 17 años, 1.757 personas entre los 12 y los 17 años, 5.889 personas entre los 18 y los 44 años, y 4.981 personas entre los 45 años en adelante.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

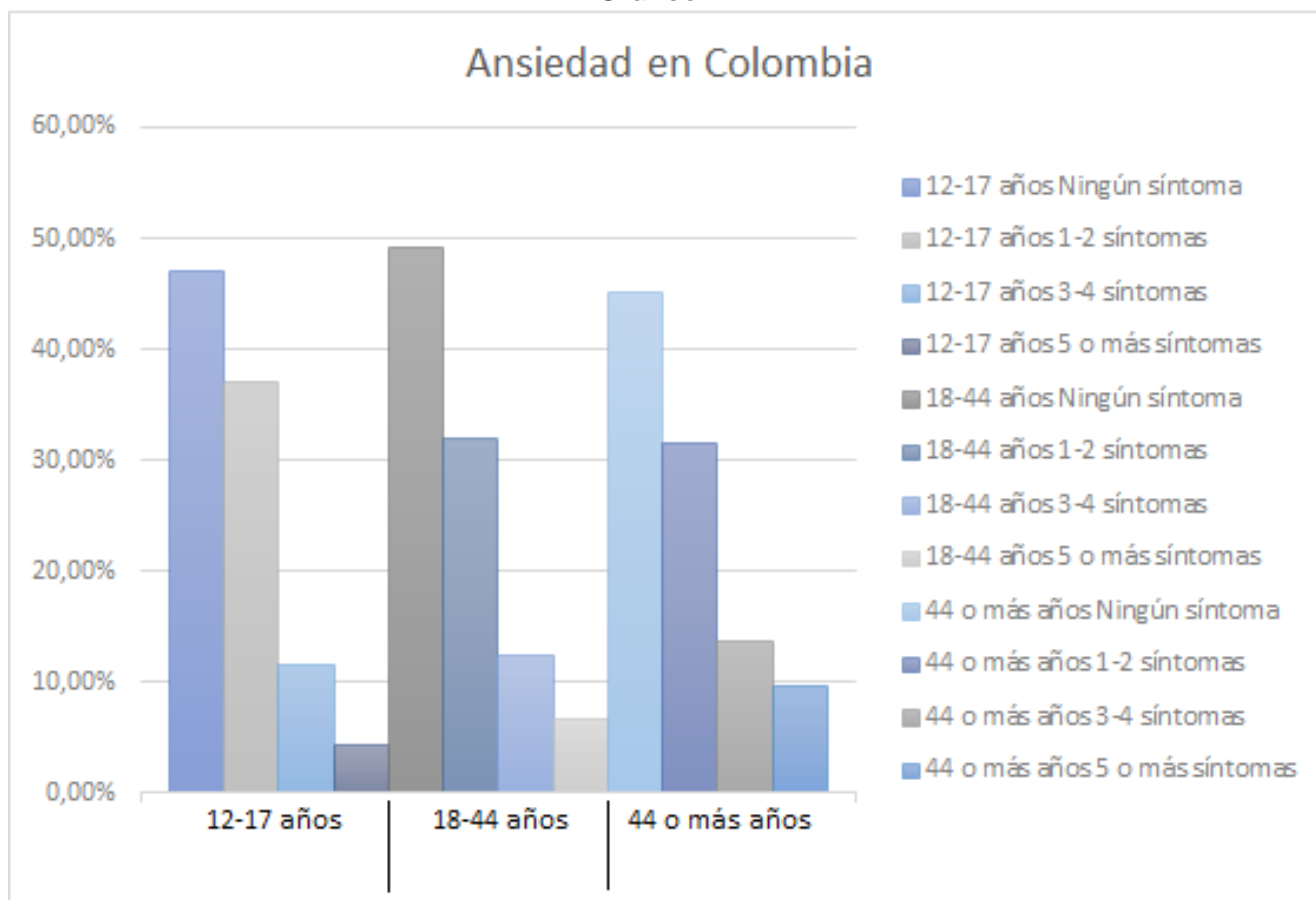
En lo tocante a la ansiedad, en el primer grupo (12-17 años) el 37,1% presenta 1-2 síntomas, siendo el 33,6% hombres y el 40,5% mujeres. El 11,6% presenta 3-4 síntomas, siendo 10,1% hombres y 13,0% mujeres. Y el 4,3% presenta 5 o más síntomas, siendo el 4,4% mujeres.

En el segundo grupo (18-44 años), el 31,9% presenta 1-2 síntomas, siendo 26,4% hombres y 35,8% mujeres. El 12,3% presenta de 3-4 síntomas, siendo el 7,8% hombres y el 15,6% mujeres. Y el 6,7% presenta más de 5 síntomas.

En el tercer grupo (44 años en adelante), el 31,5% presenta 1-2 síntomas, siendo el 28,6% hombres y el 33,4% mujeres. El 13,7% presenta de 3-4 síntomas, siendo el 8,9% hombres y el 16,9% mujeres. El 9,6% presenta 5 o más síntomas, siendo el 5,3% hombres y el 12,4% mujeres.

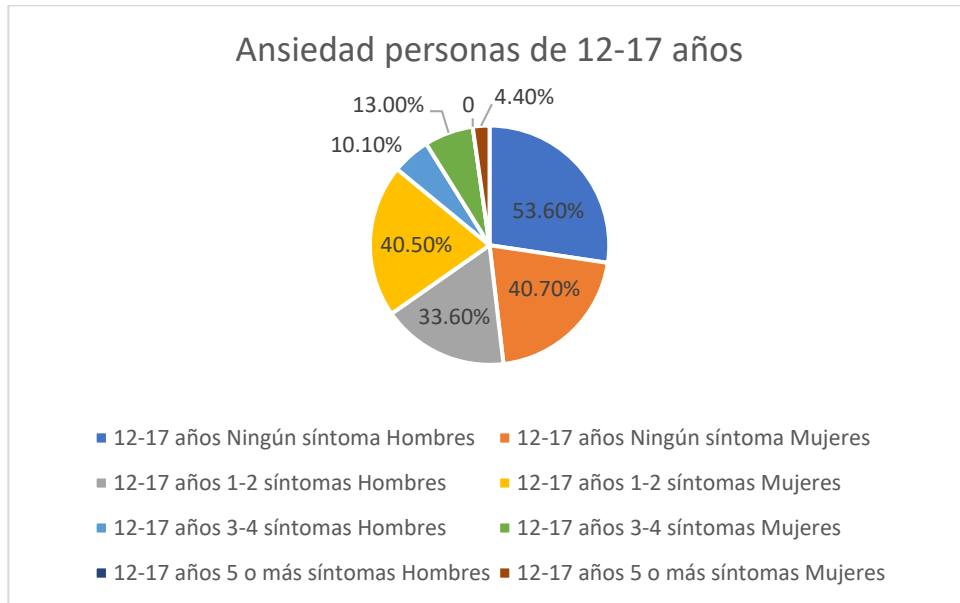
La siguiente serie de gráficos presenta los datos que se dieron anteriormente.

Gráfico 2



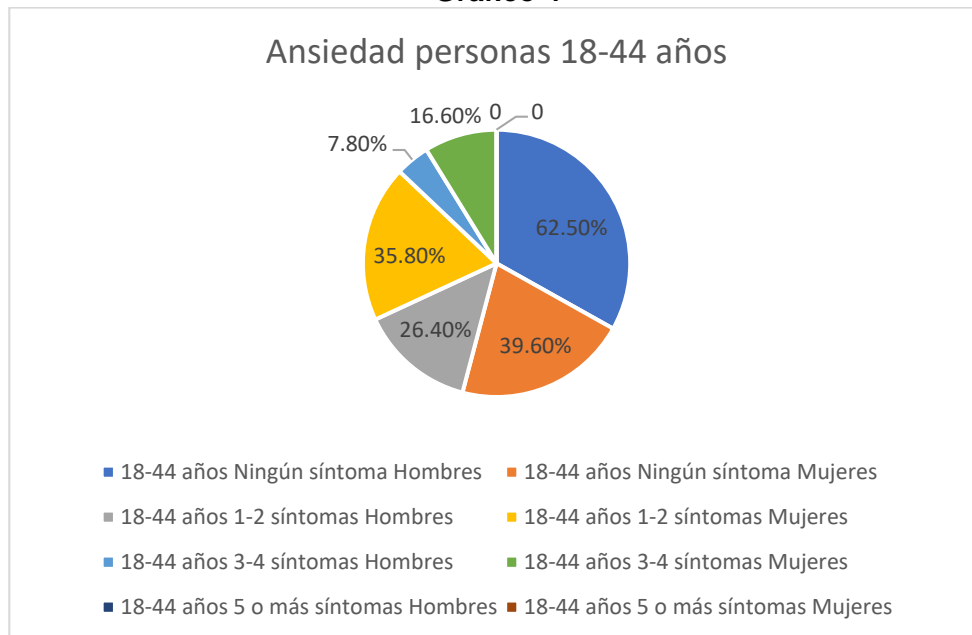
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 3

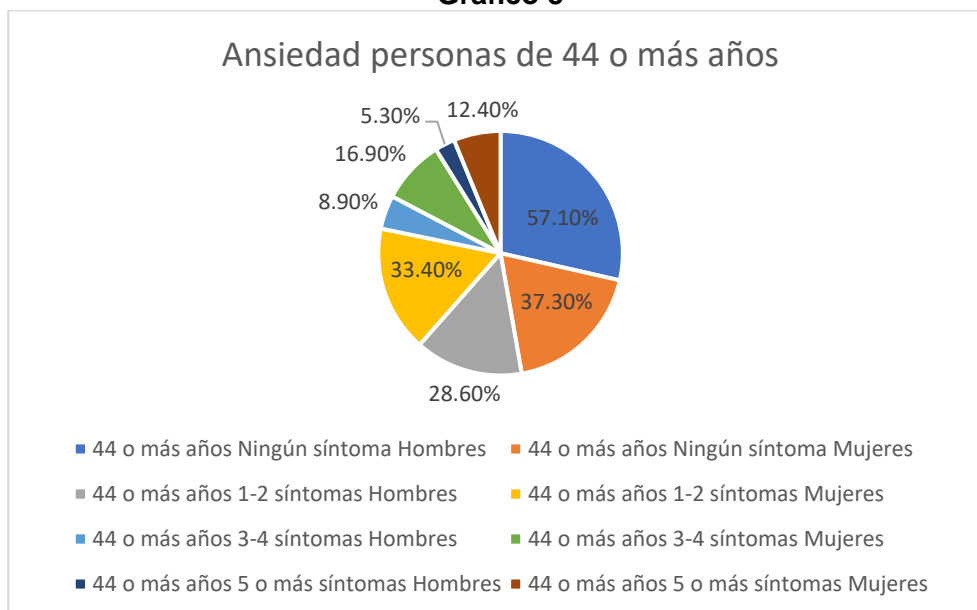


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 4



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

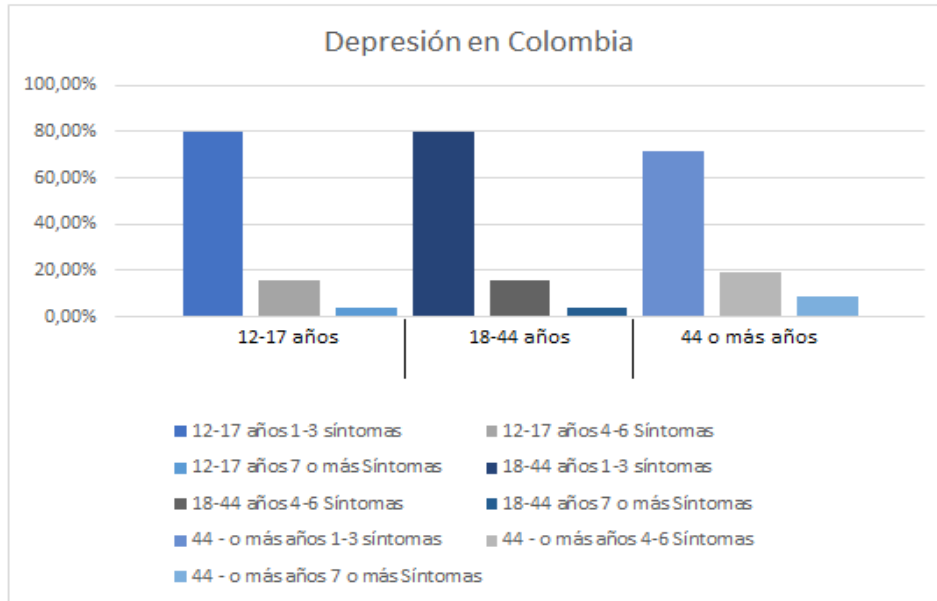
En cuanto a la depresión, en el primer grupo (12-17 años) un 80,3% presenta 1-3 síntomas, siendo 81,6% hombres y un 79,0% mujeres. Un 15,8% presenta 4-6 síntomas, siendo el 15,0% hombres y el 16,6% mujeres. Y el 3,9% presenta más de 7 síntomas, siendo un 4,4% mujeres.

En el segundo grupo (18-44 años), un 80,2% presenta de 1-3 síntomas, siendo el 84,9% hombres y 76,9% mujeres. Un 15,6% presenta 4-6 síntomas, siendo el 11,9% hombres y 18,2% mujeres. Y el 4,2% presenta 7 o más síntomas, siendo un 3,2% hombres y un 4,9% mujeres.

En el tercer grupo (44 años en adelante), un 71,9% presenta 1-3 síntomas, siendo el 79,0% hombres y el 67,3% mujeres. Un 19,2% presenta 4-6 síntomas, siendo 14,8% hombres y 22,1% mujeres. Y un 8,9% presenta 7 o más síntomas, siendo 6,2% hombres y 10,6% mujeres.

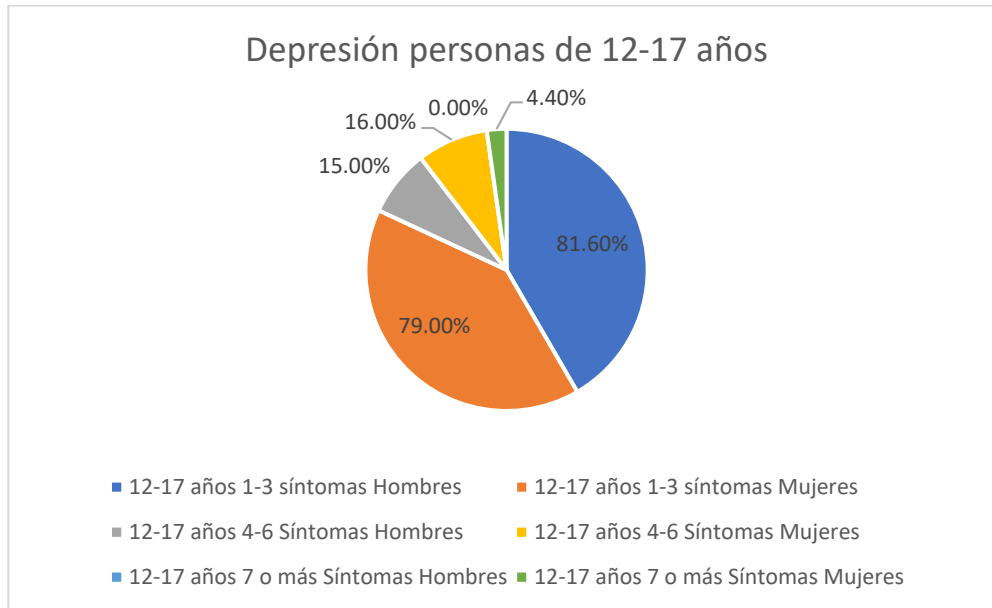
La siguiente serie de gráficos presenta los datos que se dieron anteriormente.

Gráfico 6



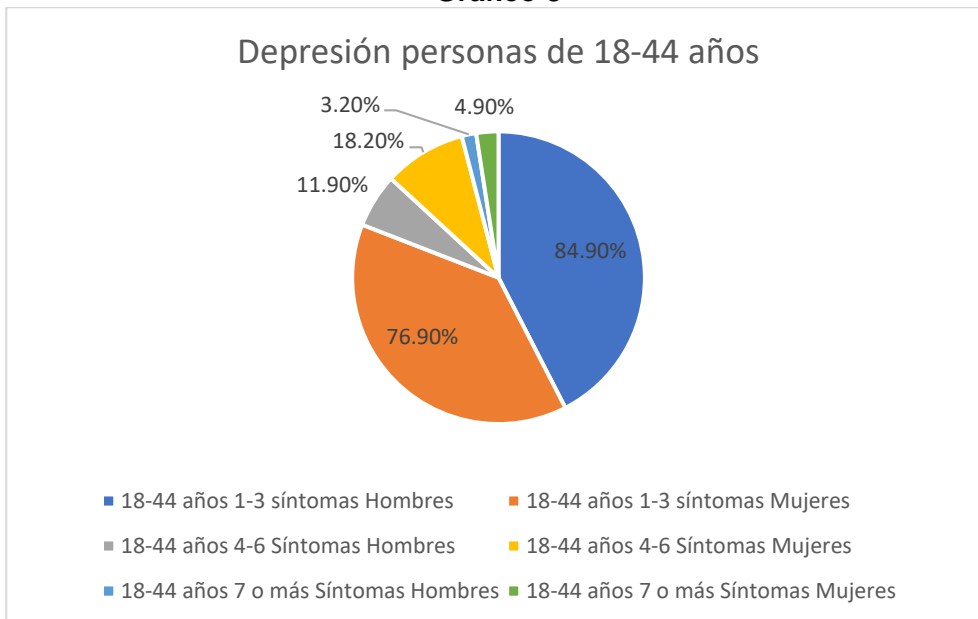
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 7



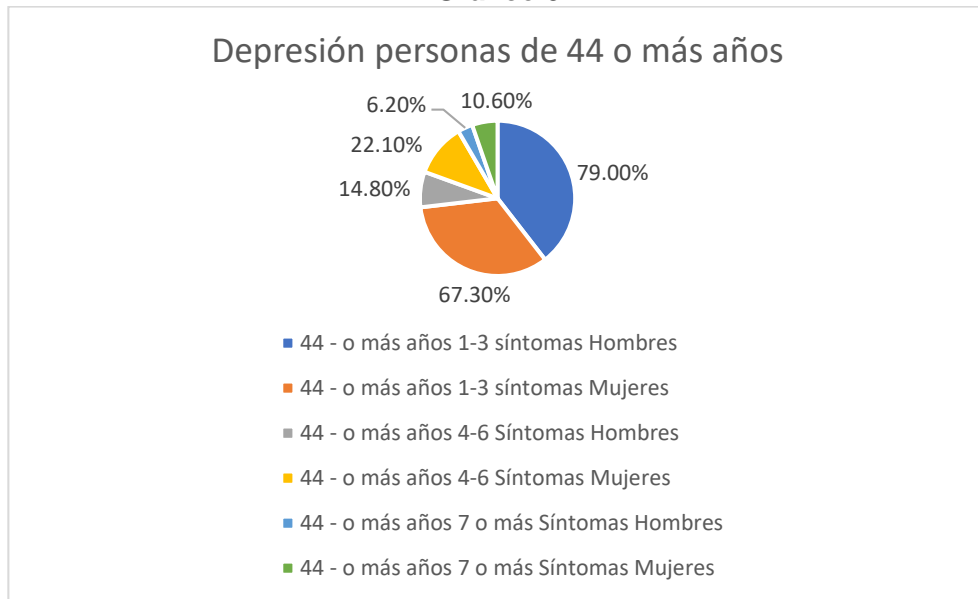
Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 8



Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 9



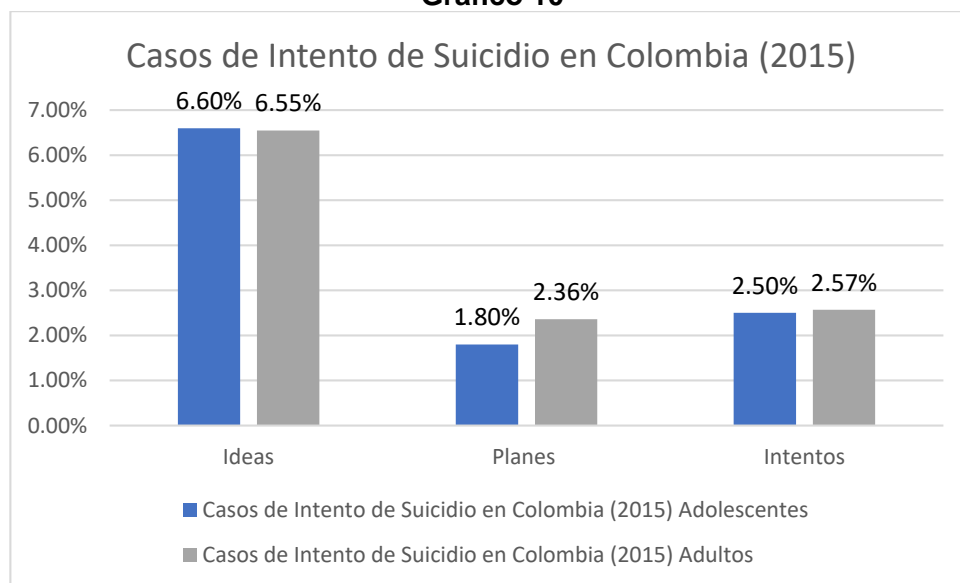
Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Uno de los síntomas más preocupantes de ambos trastornos mentales es la emergencia de conductas o tendencias suicidas. Aunque las cifras que se darán a continuación sean relativamente bajas, es de todas formas muy importante tenerlas en cuenta a la hora de calibrar el impacto de los trastornos mentales, así como a la hora de diseñar políticas y medidas que permitan afrontar las

consecuencias de éstos. De la población entre los 12 y los 17 años, un 6,2% manifestó tener ideas de acabar con su vida, siendo un 4,9% hombres y un 7,4% mujeres. A su vez, de la población entre los 18 y los 44 años, un 6,8% manifestó tener ideas de acabar con su vida, siendo un 5,8% hombres y un 7,5% mujeres. Y de la población de los 44 años en adelante, un 6,5% manifestó tener ideas de acabar con su vida, siendo el 5,4% hombres y el 7,2% mujeres según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015.

Así mismo, la misma Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), señala que para 2015 un 6,6% de los adolescentes tuvieron ideas suicidas, el 1,8% tuvo planes suicidas, y el 2,5% tuvo intento de suicidio. Así mismo, un 6,55% de los adultos tuvo ideas suicidas, el 2,36% tuvo planes suicidas, y el 2,57% tuvo intentos suicidas.

Gráfico 10



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015), y Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre 2018). Elaboración propia.

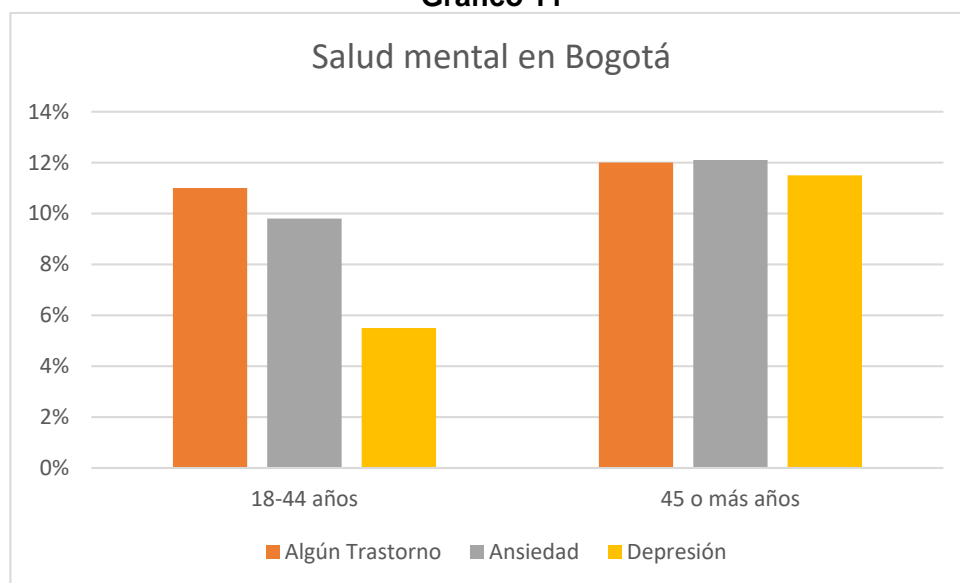
Bogotá D.C. no está exenta de la presencia de problemas de salud mental entre sus habitantes, además de la depresión. Según un estudio hecho por la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el 2017⁹, la ansiedad es el primer trastorno de salud mental que afecta a la población bogotana, afectando mayormente a la población adulta y afectando a todos los segmentos de edad y estratos socioeconómicos. Le sigue la depresión, afectando principalmente a las mujeres de entre 18 y 69 años de edad. El abuso de sustancias alcohólicas es el tercer principal problema de salud mental, afectando en su mayoría a la población masculina entre los 18 y 28 años de edad y de estratos 3 y 4. Conductas suicidas – en su mayoría un resultado de la depresión – son el último principal problema, afectando sobre todo a la población joven (18 – 28 años de edad) y a la

⁹ Estudio aplicado en el Distrito en el año 2017 a 8.008 personas: 278 personas entre los 7 y 11 años, 414 personas entre los 12 y los 17 años, 2.151 personas entre los 18 y los 28 años, 4.070 personas entre los 29 y 59 años, y 1.095 personas entre los 60 y 69 años.

población femenina, y dando la cifra de una tasa de suicidio del 3,7% por cada 100,000 habitantes en 2015 (Adrupal & Secretaría Distrital de Salud, 2017).

Más en detalle, se observa que de la población de 18-44 años, un 11% presenta algún trastorno o enfermedad mental. Además, de esta población, un 9,8% padece de ansiedad, en tanto que un 5,5% padece de depresión. A su vez, De la población de 45 años en adelante, un 12% presenta algún trastorno o enfermedad mental. De esta población, además, un 12,1% padece ansiedad, mientras que un 11,5% padece depresión, según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015.

Gráfico 11



Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015); Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

Las siguientes tablas, a su vez, brindan un escenario más detallado de la manifestación de la depresión y de la ansiedad en la población capitalina, así como los niveles de prevalencia de dichas patologías mentales en el año 2015:

Tabla 3

Depresión a 2015 en Bogotá

	12 - 17	18 - 44	45 en adelante
Positivo en SQR	N/A	11%	12 – 13%
4 a 6 síntomas	15%	N/A	11,5%
7 o más síntomas	N/A	5,5%	N/A

Fuentes: Fuentas: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015); Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

Tabla 4

Depresión a 2017 en Bogotá por edad y Estrato

Número de síntomas	18 – 28 años	29 – 59 años	60 – 69 años	Estratos 1 y 2	Estratos 3 y 4	Estratos 5 y 6
1 - 3	31,9%	31,4%	38,6%	35,5%	31,0%	30,1%
4 - 6	6,2%	6,6%	9,6%	7,6%	7,1%	1,2%
7 o más	2,3%	2,2%	4,1%	2,8%	2,6%	0,4%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). Elaboración Propia.*

Tabla 5

Depresión a 2017 en Bogotá por género

Número de síntomas	Hombres	Mujeres	TOTAL
1 - 3	30,4%	34,9%	32,8%
4 - 6	5,3%	8,5%	7,0%
7 o más	2,1%	3,0%	2,6%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). Elaboración Propia.*

Tabla 6

Ansiedad a 2015 en Bogotá

	12 - 17	18 - 44	45 en adelante
Positivo en SQR	N/A	11%	12 – 13%
4 a 6 síntomas	N/A	9,8%	12,1%

Fuentes: *Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015); Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.*

Tabla 7

Ansiedad a 2017 en Bogotá por edad y Estrato

Número de Síntomas	18 – 28 años	29 – 59 años	60 – 69 años	Estratos 1 y 2	Estratos 3 y 4	Estratos 5 y 6
1 – 2	31,5%	32,6%	32,5%	33,5%	31,1%	34,6%
3 – 4	12,2%	11,2%	15,2%	14,0%	11,5%	4,4%
5 o más	7,7%	9,0%	11,4%	9,2%	9,2%	2,1%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). Elaboración Propia.*

Tabla 8

Ansiedad a 2017 en Bogotá por género.

Número de Síntomas	Hombres	Mujeres	TOTAL
1 – 2	31,7%	32,7%	32,2%
3 – 4	8,9%	15,1%	12,2%
5 o más	5,9%	11,9%	9,0%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). Elaboración Propia.*

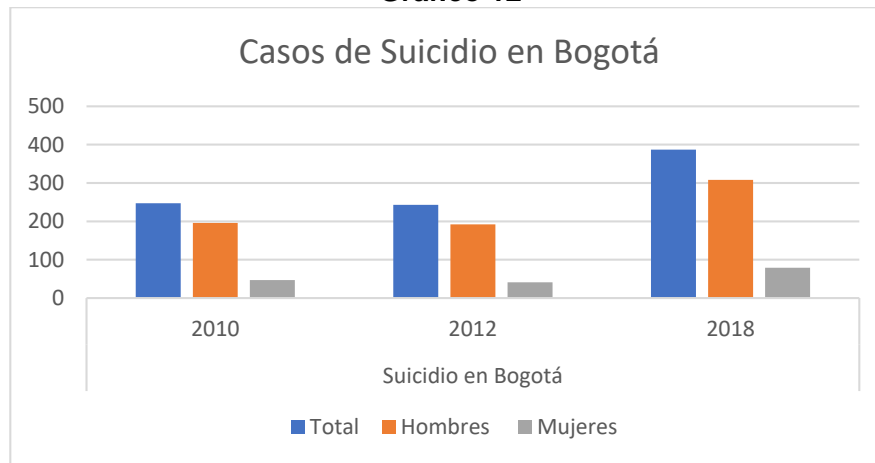
Tabla 9

Prevalencia de trastornos mentales en Bogotá para 2015

	Toda la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Cualquier trastorno Depresivo	9,4%	Aprox. 2,9%	0,2%
Cualquier trastorno de ansiedad	5,0%	Aprox. 2,3%	Aprox. 0,2%
Cualquier trastorno Afectivo	10,7%	Aprox. 3,4%	Aprox. 0,4%

Fuente: *Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia*

Aunque es evidente que el suicidio tiene una variedad de factores, es a todas luces una consecuencia – y un síntoma – de los problemas que afectan a la salud mental de una persona, siendo la peor de todas las consecuencias que dichas problemáticas tienen. De hecho, Bogotá es una de las ciudades colombianas con un alto número de suicidios, de acuerdo con Medicina Legal (2019). Durante el 2010, se registraron 243 casos en la ciudad, de los cuales 196 fueron hombres y 47 fueron mujeres. Para 2012, la ciudad tuvo 243 casos de suicidio, de los cuales 192 fueron hombres y 41 fueron mujeres. Y durante el 2018, hubo 387 casos en la ciudad, de los cuales 308 fueron hombres y 79 fueron mujeres. Es evidente que los casos de suicidios son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. La gráfica a continuación presenta una relación comparada entre los tres años de 2010, 2012 y 2018:

Gráfico 12

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., & Observatorio de Salud. (2019).; Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016); Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (Junio 2019). Elaboración Propia.

Datos del Observatorio de Salud a 2019 muestran que la población de entre 20 y 44 años es la que más presentó casos de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá, evidenciando que el suicidio es un fenómeno recurrente entre la población joven y adulta joven, tal y como muestra la tabla a continuación.

Tabla 10

Casos de suicidio por edad en Bogotá (hasta agosto 2019)

Total de casos	10	15	18	20	25	30	40	45	50	55	60	65	70	75	80+
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	14	17	19	24	29	34	44	49	54	59	64	69	74	79	
246	13	10	14	30	35	27	30	9	12	12	10	8	8	6	4

Fuentes: *Observatorio de Salud de Bogotá (2019)*. Elaboración propia.

Además, el problema del suicidio es un problema que afecta a todas las localidades de la ciudad. Sin embargo, Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar, Engativá y Bosa fueron las localidades con el mayor número de casos durante el 2018: 50, 41, 37, 33, y 32 casos respectivamente. La tabla a continuación brinda un panorama sobre los casos de suicidio por localidad y por género.

Tabla 11

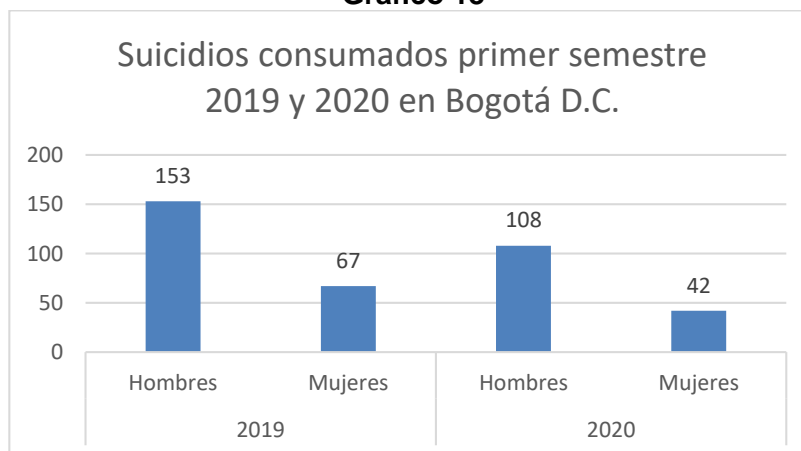
Casos de suicidio en Bogotá, por localidad y género (2018)

Localidad	Total de casos	Hombres	Mujeres
Kennedy	50	38	12
Suba	41	31	10

Ciudad Bolívar	37	32	5
Engativá	33	23	10
Bosa	32	27	5
Usaquén	28	22	6
San Cristóbal	23	19	4
Chapinero	22	17	5
Rafael Uribe Uribe	18	13	5
Fontibón	17	14	3
Usme	17	11	6
Santa Fe	12	9	3
Teusaquillo	11	10	1
Tunjuelito	10	10	0
Puente Aranda	10	9	1
Los Mártires	6	6	0
Barrios Unidos	4	4	0
Antonio Nariño	3	3	0
La Candelaria	2	2	0
Sumapaz	0	0	0

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., & Observatorio de Salud. (2019). Elaboración propia. Otras cifras brindadas por la Secretaría de Salud (2020) indican que, al menos en los primeros semestres de los años 2019 y 2020, los casos de suicidio consumados tuvieron una considerable reducción, tal y como muestra la siguiente gráfica.

Gráfico 13

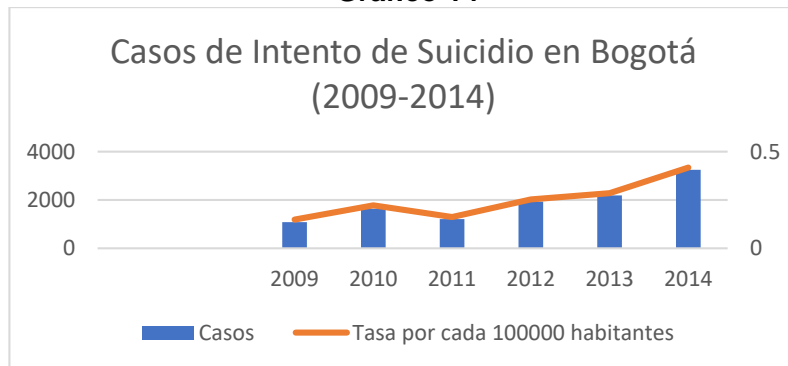


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. (10 de septiembre de 2020). Elaboración Propia.

El suicidio también es preocupante en sus fases previas, es decir cuando un individuo tiene ideas, planes suicidas o inclusive intentos no materializados de suicidio, lo cual aumenta el número de casos en potencia a casos concretos.

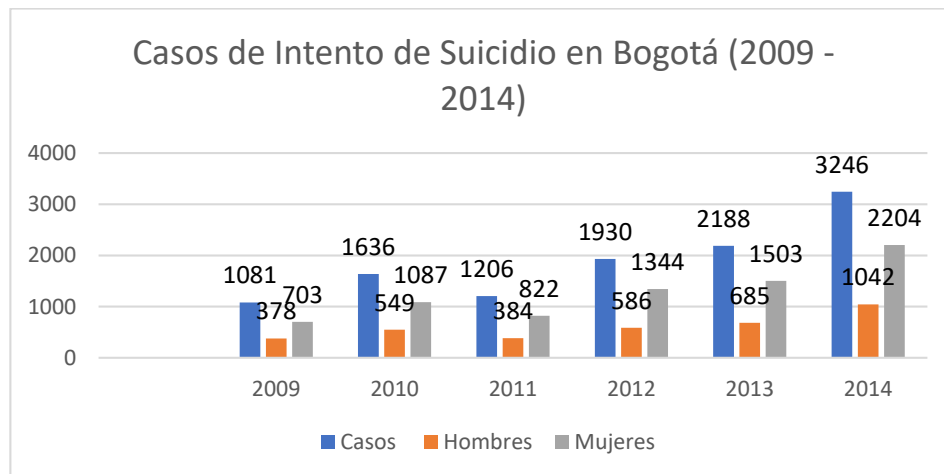
Sin embargo, es necesario ver los datos de intentos de suicidio en la población general de la ciudad, para poder ver la evolución y desarrollo de la problemática en la última década. Durante el 2009 hubo 1081 casos, significando una tasa del 14,89% por cada 100,000 habitantes; durante el 2010 hubo

1636 casos, con una tasa del 22,21%; durante el 2011, 1206 casos tuvieron lugar, siendo la tasa de 16,14%; durante el 2012 sucedieron 1930 casos, siendo la tasa de 25,49%; durante el 2013 hubo 2188 casos, siendo la tasa de 28,51%, y durante el 2014 sucedieron 3246 casos, siendo la tasa del 41,7%.

Gráfico 14

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

Aunque los casos de suicidio muestran que los hombres son quienes más se suicidan a comparación con las mujeres, son las mujeres las que presentan un mayor número de casos de suicidio. Un vistazo a los datos entre 2009 y 2014 da una prueba de esta afirmación. Para 2009, de los 1081 casos de intento de suicidio, 378 fueron hombres y 703 fueron mujeres; para 2010, de los 1636 casos, 549 fueron hombres y 1087 fueron mujeres; para 2011, de los 1206 casos, 384 fueron hombres y 822 fueron mujeres; para 2012, de los 1930 casos, 586 fueron hombres y 1344 fueron mujeres; para 2013, de los 2188 casos, 685 fueron hombres y 1503 fueron mujeres; y finalmente, para 2014, de los 3246 casos, 1042 fueron hombres y 2204 fueron mujeres.

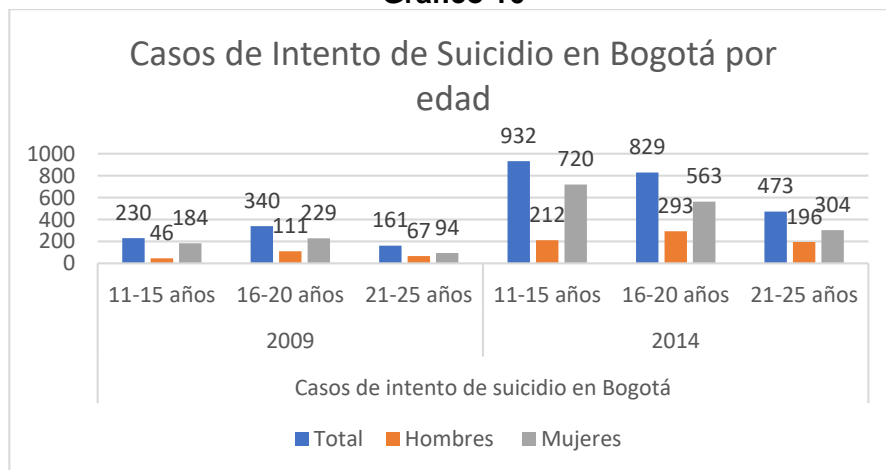
Gráfico 15

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

Continuando con las cifras de casos de intento de suicidio por edad, los casos son más frecuentes entre los grupos de edad comprendidos entre los 11 y 15 años, los 16 a 20 años, y los 21 y los 25 años. Para el año 2009, 230 personas de entre 11 y 15 años intentaron suicidarse, de los cuales 46 fueron hombres y 184 fueron mujeres. Así mismo, 340 personas de 16 a 20 años intentaron suicidarse, siendo de ellos 111 hombres y 229 mujeres. Y 161 personas de 21 a 25 años intentaron suicidarse, siendo 67 hombres y 94 mujeres.

En el 2014, en contraste, las cifras en general presentaron un aumento en todos los grupos de edad mencionados. 932 personas de entre 11 y 15 años intentaron suicidarse, siendo de ellos 212 hombres y 720 mujeres; 829 personas de entre 16 y 20 años intentaron suicidarse, siendo 293 hombres y 563 mujeres; y 473 personas de entre 21 a 25 años intentaron suicidarse, siendo de ellos 196 hombres y 304 mujeres.

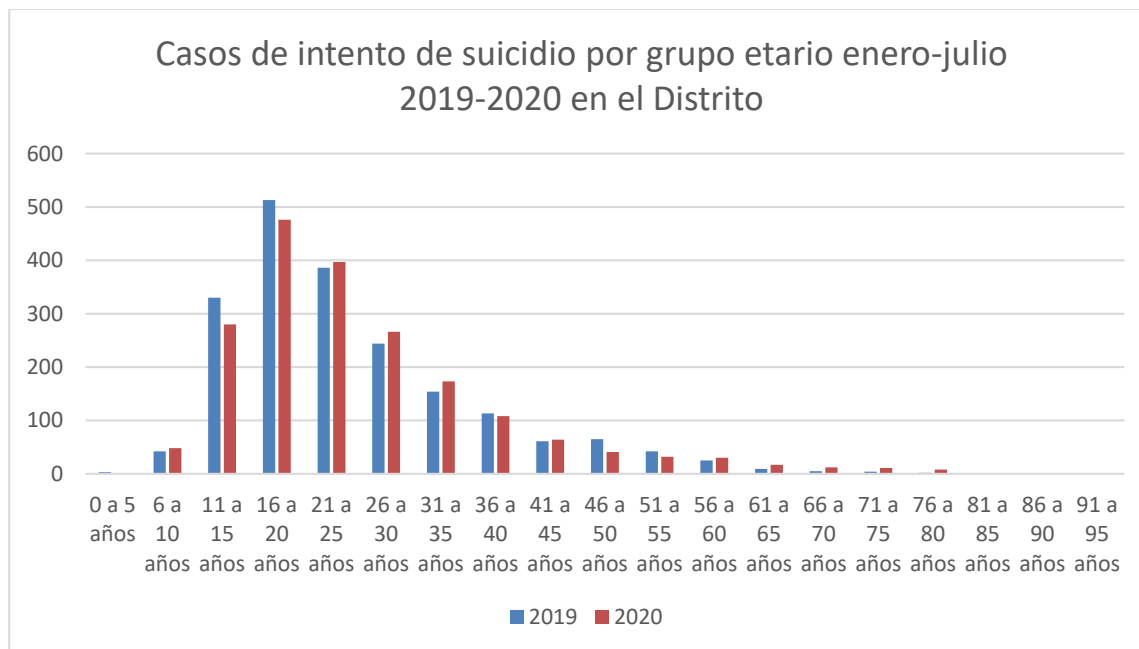
Gráfico 16



Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

Datos arrojados por el estudio en salud mental efectuado en Bogotá en 2017 proveen más indicios en esta materia, mostrando que la población joven del Distrito es la que más presenta ideas suicidas, siendo también relativamente alto en población de estratos 1, 2, 3 y 4.

Cifras más recientes arrojadas por la Secretaría de Educación (2020) indican que los intentos suicidas son más frecuentes en las personas entre los 16 a 20 años, entre los 21 a 25 años, seguido de las personas entre los 11 a 15 años y los 26 a 30 años, tanto en el 2019 y el 2020, si bien se presentó una reducción en los intentos de suicidio en personas entre los 11 a 15 años, los 16 a 20 años, los 36 a 40 años, los 46 a 50 años y los 51 a 55 años en el 2020. Ahora bien, en 2020 se presentó un aumento en los intentos de suicidio en personas entre los 6 a 10 años, los 21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años, y los 41 a 45 años.

Gráfico 17

Fuente: *Secretaría Distrital de Salud (10 de septiembre de 2020)*. Elaboración Propia.

Tabla 12

Idea de quitarse la vida

	18 - 28	29 - 59	60 - 69	Estratos 1 y 2	Estratos 3 y 4	Estratos 5 y 6
Ha tenido la idea de acabar con su vida	5,5%	3,7%	4,3%	4,4%	4,5%	2,1%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017)*. Elaboración Propia.

La población infantil de la ciudad de Bogotá, por cierto, también se encuentra en alto riesgo de padecer trastornos mentales desde una edad temprana. Los siguientes datos del 2015 y del 2017 permiten dar una idea de: primero, la envergadura del problema de la salud mental en la población infantil; y segundo, el crecimiento que los problemas de salud mental han tenido en un espacio de tiempo relativamente corto. Estos datos deberían ser una alarma para que el Distrito también tome medidas encaminadas a proteger la salud mental de la población infantil.

Tabla 13

En Bogotá (7 – 11 años), 2015.

Número de síntomas	%
1 o mas	53,4%
2 o más	15,2%

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia***Tabla 14**

Tipos de síntomas más frecuentes en población de 7 – 11 años en Bogotá (2015)

Tipo de síntoma	%
Lenguaje anormal	26,2%
Sensaciones de susto o nerviosidad sin razón	17,8%

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia***Tabla 15**

A nivel Bogotá (2017)

Frecuencia de síntomas	%
1 - 3 síntomas	51,8%
4 - 6 síntomas	17,6%
7 - 9 síntomas	2,9%
10 o más síntomas	2,0%

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). Elaboración Propia.***Tabla 16**

A nivel Bogotá (2017)

Síntoma	%
Lenguaje Anormal	24,3% (28,4% niños / 20,1% niñas)
Sensaciones de susto o nerviosidad sin razón	20,4% (22,0% niños / el 18,8% niñas)
Frecuentes dolores de cabeza	12,4% (12,3% niños / 12,4% niñas)
Jugar poco con otros niños	18,5% (17,5% niños / 19,5% niñas)
Dificultad para aprender matemáticas	14,2% (12,7% niños / 15,9% niñas)
Problemas de atención o concentración	20,2%

	(17,1% niños / 14,7% niñas)
Problemas de lectura y escritura	13,1%
	(28,1% niños / 12,1% niñas)

Fuente: *Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017)*. Elaboración Propia.

Existen dos problemas importantes a la hora de abordar la salud mental tanto a nivel Nacional como a nivel Distrital. Dos problemas que impiden una adecuada implementación de políticas destinadas a prevenir, tratar y permitir que las personas con patologías mentales puedan tener una vida digna.

El primero de ellos es el estigma y el imaginario social negativo en torno a la salud mental.

Un estudio hecho, en el 2007 por un médico, una psiquiatra y una trabajadora social, encontró que quienes sufren de trastornos mentales perciben que hay un rechazo, un desconocimiento, un uso de lenguaje peyorativo, una carencia de apoyo, que hay una incorrecta información del problema por parte de los medios de comunicación, que hay una sensación de dependencia, así como una falta de autonomía y de libertad, una percepción de que cambia la vida, y que hay un bajo nivel de autoestima. En pocas palabras, hay una exclusión social de las personas con dichos trastornos, siendo sus familiares víctimas de dicho estigma (Uribe & Cortés, 2007).

Además, el mismo estudio señala que las familias también presentan un cierto grado de actitud negativa inicial con las personas que sufren de algún trastorno. De acuerdo con Uribe & Cortés (2007), la familia en principio presenta un proceso de negación, seguido por una sensación de dolor y de frustración ante la situación y las implicaciones que tiene para su familiar afectado, además de implicar un cambio brusco para el curso de vida tanto del familiar afectado como de la familia misma. Son las familias conscientes del estigma presente, aunque contribuyen al mismo al ver al paciente como si de un niño se tratase.

Si algo es claro en lo tocante al tema del estigma e imaginarios negativos en la salud mental, es el hecho de que existe poca información y educación sobre el tema; de haberlo, dichos estigmas e imaginarios sociales no serían una razón para que muchas personas eviten el reconocer que tienen un trastorno mental y busquen la ayuda adecuada. Y se podría utilizar en lenguaje menos excluyente y peyorativo hacia las víctimas de dichos problemas. Los medios de comunicación, además, juegan un papel en la emergencia de dicho lenguaje. Según la Fundación Saldarriaga (n.d.), los medios tienden a presentar a las personas afectadas de trastornos mentales como si fuesen personas diferentes, incapaces de establecer comunicación alguna, y enfatizando en los estereotipos creados alrededor de estas personas (Mena Jiménez, Bono del Trigo, López Pardo, & Díaz del Peral, citados en Gonzáles, n.d., pp. 32 – 33). Además, este imaginario tiene un impacto en la sociedad. Moldea y predetermina la percepción que la sociedad tendrá hacia las personas con trastornos, sin mencionar el tipo de lenguaje que se usa respecto a ellos, además de socavar la formulación de políticas públicas eficientes y socavando la autoestima que ellos tienen, afectando de forma muy negativa su posibilidad de rehabilitación (Mena Jiménez & et. Al., citados en Gonzáles, n.d., p. 34).

El segundo de estos problemas tiene dos dimensiones, siendo la primera el acceso a servicios especializados, y el segundo es la renuencia de algunas personas con patologías mentales de buscar

ayudas cuando sufren tales, precisamente debido al estigma. El siguiente cuadro permite dar una sucinta idea de ambas situaciones (datos a nivel Nacional).

Tabla 17

Acceso a servicios de salud especializados

Solicitud y acceso a servicios de salud especializados en Colombia (2015).

	7 – 11	12 – 17	18 – 44	44 – en adelante
Solicitado servicios de salud mental	48,1%	35,2%	38,5%	34,3%
Promedio y porcentaje de acceso	4,2 veces promedio 92,7%	3,9 veces promedio 88,5%	23,5 veces promedio 94,0%	2,4 veces promedio 79,4%
No buscan ayuda por considerarla innecesaria	55,3%	N/A	47,3%	N/A
No buscan ayuda por descuido	N/A	N/A	23,6%	24%
No quiso buscar asistencia	N/A	N/A	15,6%	N/A
Acceso a psicoterapias	83,1%	N/A	72,7%	52,7%
Prescripción de medicamento	0,8% (71,7% cubierto por EPS)	0,8% (80,5% cubierto por EPS)	1,9% (72,5% cubierto por EPS)	3,7% (81,1% cubierto por EPS)
Recurre a instituciones de salud	88,2% (EPS cubre en un 69,4%)	92,1% (EPS cubre en un 70,9%)	89,0% (EPS cubre en un 66,1%)	84,8% (EPS cubre en un 80,6%)
Promedio de horas para llegar	11,8	11,7	32,3	N/A
Estima tener mejorías	N/A	N/A	79,6%	93,8%
Requirió hospitalización	N/A	N/A	13,9%	16,2%

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia*

Es importante señalar que **la violencia de género** presenta unas fuertes secuelas en el bienestar mental de las mujeres víctimas, constituyendo un factor en la emergencia de varios trastornos mentales en ellas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2013)¹⁰, los efectos de la violencia de género en las víctimas suelen incluir depresión, ansiedad, estrés, autoagresión e intentos de suicidio, entre otros. La siguiente tabla presenta, de forma resumida, los efectos en salud mental que tiene la violencia de género y doméstica en las mujeres que han sido víctimas de ésta:

Tabla 18

Efecto en la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de género y doméstica
<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Trastorno del sueño. - Trastornos alimenticios. - Estrés postraumático. - Ansiedad. - Autoagresión e intentos de suicidio. - Baja autoestima.

Fuente: *Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2013)*.
Elaboración propia.

Sin embargo, los efectos en la salud mental pueden tener lugar en un corto y largo plazo, siendo los últimos los que tienen consecuencias más duraderas y que las secuelas de la violencia de género e intrafamiliar. Dichos efectos en salud mental comprenden, a corto plazo, la emergencia de sensaciones de culpa, miedo, rabia e insensibilidad. A largo plazo, se encuentra el estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y el alejamiento de otras personas, de acuerdo con la Women's Health Office (n.d.)¹¹:

Tabla 19

Corto Plazo	Largo Plazo
<ul style="list-style-type: none"> - Culpa - Vergüenza - Miedo - Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés postraumático, con tendencia a sufrir sobresaltos, sensación permanente de ansiedad o tensión, dificultades para dormir, brotes de ira, problemas de la memoria, y pensamientos negativos sobre sí misma y sobre los demás.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud*. Washington D.C., U.S.A; Organización Panamericana de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/Wj;jsessionid=A6C8B01730974C93D32CF038D784EC54?sequence=1>

¹¹ Women's Health Office. (n.d.). *Efectos de la violencia contra la mujer*.

<https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

<ul style="list-style-type: none"> - Rabia - Insensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Ansiedad, con ataques de miedos repentinos e intensos, tendiendo además a empeorar con el paso del tiempo al punto de afectar la vida diaria. - Alejamiento de otras personas, baja confianza en otras personas, y baja autoestima.
---	--

Fuente: *Women's Health Office (n.d.)*. Elaboración propia.

La pandemia y la post pandemia podrían presentar un alto número de casos de problemas de salud mental y aún de suicidios, en los habitantes de Bogotá. De acuerdo con Diego Mercado (25 de abril de 2020)¹², director del programa de psicología de la Universidad del Valle, la naturaleza disruptiva o inesperada de la pandemia, junto con el alto nivel de incertidumbre, hacen que tenga un efecto traumático sobre las personas, al ver que la cotidianeidad que tenían antes fue abruptamente interrumpida y transformada. Por consiguiente, esta suma de factores hace que emerja una depresión, la cual también tiene lugar por las sensaciones de pérdidas en la libertad de desplazamiento, la pérdida de los espacios e interacciones sociales, de la posibilidad de tener actividades recreacionales, la pérdida del empleo o de la estabilidad financiera debido a la cuarentena y la crisis. Las pérdidas familiares por cuenta del Coronavirus también juegan un papel en el surgimiento de casos de depresión.

Adicionalmente, la ansiedad también puede aumentar durante una situación como la que se ha venido presentando. El director del programa de psicología de la Universidad del Valle explica que la incertidumbre y el miedo frente al peligro darían lugar a casos de ansiedad. Además, las posibles consecuencias a nivel social y económico una vez termine la pandemia también juegan un papel en la emergencia de estos trastornos mentales. Adicionalmente, se podrían dar casos de insomnio, casos de conflictos y problemas en las relaciones interpersonales precisamente por el miedo al contagio, y de la incapacidad de asimilar la información de forma más emocional y menos racional (Mercado, 25 de abril de 2020).

Una encuesta hecha por Cifuentes-Avellaneda, Rivera-Montero, Vera-Gil, Murad Rivera, Sánchez, Castaño, Royo y Rivillas-García (mayo 11 de 2020)¹³, confirma las anteriores afirmaciones. Evidentemente, según la fuente, la pandemia y el distanciamiento físico y social están dando vía a problemas de salud mental, siendo la preocupación por el futuro y la recesión económica, la pandemia misma, la población vulnerable, que algún familiar se contagie de Coronavirus, y que algún familiar

¹² Mercado, D. (25 de abril de 2020). La salud mental, un efecto colateral de la pandemia. El Espectador. <https://www.elespectador.com/especiales/la-salud-mental-un-efecto-colateral-de-la-pandemia-articulo-916330/>

¹³ Cifuentes-Avellaneda, A., Rivera-Montero, D., Vera-Gil, C., Murad-Rivera, R., Sánchez S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García. (mayo 11 de 2020). *Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia*. Asociación Profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>

tenga alguna emergencia y no reciba atención, las causas a nivel nacional para la aparición de problemas en salud mental.

De forma más puntual y para el caso de Bogotá, la encuesta señala que las personas entre 30 y 39 años son las más susceptibles a tener problemas de salud mental durante la pandemia. Así mismo, los síntomas de cualquier problema de salud mental en Bogotá son: nerviosidad, cansancio sin motivo, e impaciencia. Las siguientes tablas dan una muestra de la situación de la salud mental durante la pandemia en Bogotá:

Tabla 19

Afectaciones a la salud mental por grupos etarios en Bogotá, 2020.

	18 – 29	30 – 39	40 – 49	50 o más
Porcentaje	32	31	22	14

Fuente: Cifuentes-Avellaneda, A., Rivera-Montero, D., Vera-Gil, C., Murad-Rivera, R., Sánchez S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García. (Mayo 11 de 2020). Elaboración propia.

Tabla 20

Porcentaje de personas con algún síntoma asociado a la salud mental en Bogotá, 2020.

Síntomas	Porcentaje
Nerviosidad	53,9
Cansancio sin motivo	52,6
Impaciencia	45,4
Rabia/Ira	33,4
Desesperanza	32,0
Sensación de que las cosas cuestan mucho esfuerzo	23,9
Percepción de inutilidad y carencia de valor	21,9
Sensación de tristeza sin que nada pudiese generar alegría	18,7
Sensación de impaciencia sin nada que pudiese calmar	16,2
Nerviosidad sin nada que pudiera calmar	10,9

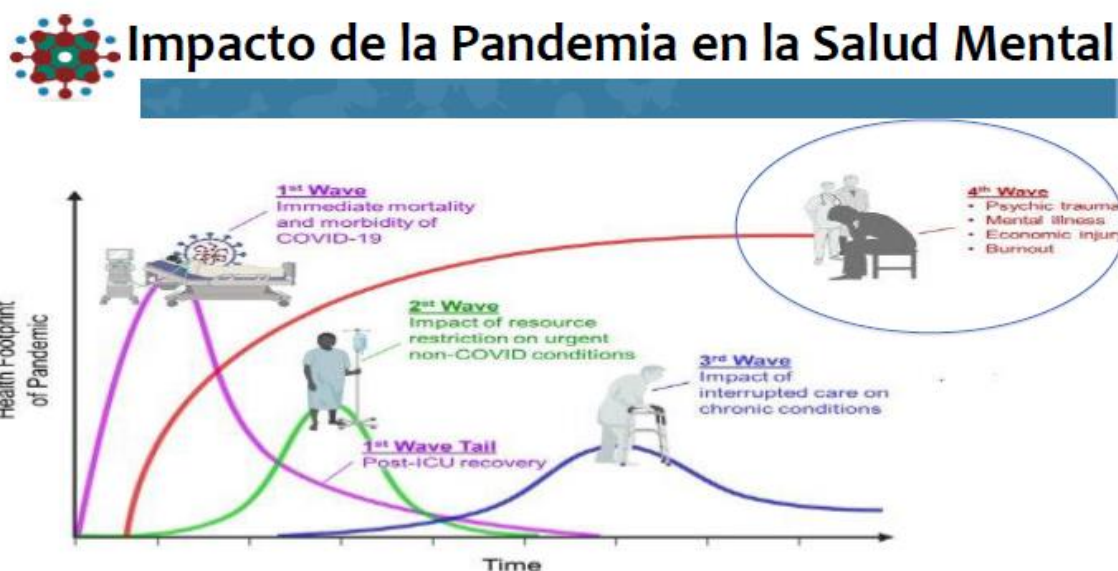
Fuente: Cifuentes-Avellaneda, A., Rivera-Montero, D., Vera-Gil, C., Murad-Rivera, R., Sánchez S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García. (Mayo 11 de 2020). Elaboración propia.

Lo anterior brinda una somera idea de lo que sería el estado de la salud mental tanto en el país como en el Distrito una vez pase la pandemia. De hecho, la OMS lanzó una advertencia sobre los efectos que la pandemia tendrá en la salud mental a futuro, en donde el aumento de suicidios y de trastornos mentales será la norma, en especial por las consecuencias sociales y económicas. La ansiedad sería

el trastorno con mayor posibilidad de incidencia. En vista de lo anterior, la implementación de medidas que gestionen esta problemática se hace necesaria (Deutsche Welle, 14 de mayo de 2020)¹⁴.

Esta posibilidad es corroborada por Oviedo Lugo (2020)¹⁵, quien señala que mientras el Coronavirus tendría una serie de “olas”, donde la primera es más pronunciada en su impacto en la salud y las siguientes tienen menor impacto, la curva del impacto de la pandemia en la salud mental actuaría como una especie de “cuarta ola”. Dicha “cuarta ola” sería un efecto secundario de la pandemia, y que a diferencia de las demás olas, no tendría un pico y descenso, teniendo por el contrario una tendencia a ascender y a tener mayor duración en el tiempo. La siguiente gráfica muestra la tendencia de la denominada “cuarta ola”.

Gráfico 18



Tomado de: Oviedo Lugo. (2020).

5. MEDIDAS A NIVEL NACIONAL Y DISTRITAL

Cabe señalar, de antemano, que el presente Proyecto de Acuerdo se enmarca en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, y más puntualmente en los siguientes:

- Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

[...]

¹⁴ Deutsche Welle. (14 de mayo de 2020). OMS Advierte que pandemia afectará salud mental futura. <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar%C3%A1-salud-mental-futura/a-53430908>

¹⁵ Oviedo Lugo, G. F. (2020). Impacto Psiquiátrico y Psicológico de la Pandemia COVID-19/SARS-CoV-2 en el Personal Sanitaria. (Presentación de Power Point).

- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
 - 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
[...]
 - 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
 - 3.9 Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.
- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo
 - 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación

Luchando contra un enemigo invisible; políticas y medidas contra los problemas de salud mental

Las anteriores cifras permiten medir y comprender la naturaleza y la magnitud del problema de la mala salud mental a nivel nacional y distrital. Esto hace de la adopción de medidas que permitan afrontar y atenuar la situación algo prácticamente prioritario, más aún cuando se toma en cuenta el impacto a nivel individual, social y económico que tiene; un país en vías de desarrollo y una ciudad que constituye uno de los principales centros económicos y de crecimiento del país no pueden permitirse que la salud mental afecte a un número mayor de sus habitantes.

Las autoridades nacionales y distritales han comenzado a implementar varias medidas orientadas a la atención de problemas de salud mental en las dos últimas décadas, y han tenido en cuenta las manifestaciones de la problemática de la salud mental, así como su impacto.

5.1 Medidas existentes a nivel Nacional y Distrital

Las medidas tanto nacionales como distritales se enmarcan en lo estipulado por las organizaciones internacionales como regionales, es decir la ONU a través de la OMS, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Más aún, desde el 2012 el Ministerio de Salud ha estipulado que:

"Los Alcaldes deben incluir dentro de sus políticas públicas la promoción de la salud mental. La Ley 1438 y la 1122 han permitido avanzar para garantizar una mejor atención de la salud mental. No obstante, el compromiso en los territorios es muy poco por lo que les solicitamos respetuosamente a los alcaldes generar más espacios que impulsen más los beneficios de la atención en este tema que ha tenido más respaldo en el Nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS)"¹⁶.

¹⁶ Ver: Ministerio de Salud y Protección Social. (Febrero 27 de 2012). "Alcaldes y Gobernadores presten atención a la salud mental": Director de Promoción y Prevención.

Esto significa que los entes locales deben implementar políticas y medidas encaminadas a la promoción y protección de la salud mental en los Departamentos y ciudades y distritos.

A NIVEL NACIONAL

La **Ley 100 de 1993** tiene por objetivo el garantizar los derechos básicos y el acceso a una calidad de vida digna, protegiendo de las contingencias que puedan afectarla, mediante un sistema de seguridad social que cubra a todos los habitantes de forma progresiva. Dicho sistema ha de operar bajo los principios de: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Estos principios sirven como marco para las legislaciones siguientes.

La **Política Nacional de Salud Mental de 1998** se enfoca en la salud mental, indicando que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha de garantizar el derecho a la vida, la salud integral y la seguridad social. Sus objetivos generales eran: promover la salud mental y prevenir la emergencia de enfermedades mentales; y mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud en todas sus fases. Sus objetivos específicos eran: fomentar la cultura de la Salud Mental; prevenir la emergencia de trastornos mentales; reorientar y mejorar la calidad de los servicios en salud mental; impulsar la rehabilitación psicosocial; fomentar la investigación básica y aplicada; y fortalecer la red de instituciones y oferta en Salud Mental. Se contemplaron áreas de acción en: promoción de salud mental y prevención en la emergencia de trastornos mentales; el control de dichos trastornos; aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano; y la vigilancia epidemiológica¹⁷.

Siete (7) fueron las estrategias para cumplir con lo mencionado con anterioridad: Fortalecer la salud mental; prevenir y detectar tempranamente los trastornos a nivel nacional; reorientar la prestación de servicios en salud mental; establecer la calidad y equidad como principios fundamentales; coordinación de la gestión intra e intersectorial prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas; y establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

La **Ley 1616 de 2013** tiene como fin el garantizar el derecho a la salud mental y dándole prioridad a los menores de edad, por medio de la promoción y prevención, la atención integral e integrada en el SGSSS, y con un enfoque promocional en calidad de vida y la atención primaria en salud. También busca establecer criterios para reformular, implementar y evaluar la Política Nacional de Salud Mental vigente en ese momento. Define la salud mental como un estado dinámico manifestado en la vida diaria mediante el comportamiento e interacción, enfatiza en los derechos en el ámbito de la salud mental, y otorga la participación ciudadana en la formulación de políticas en el tema, además del establecimiento de asociaciones de personas afectadas, familiares y cuidadores.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Alcaldes%20y%20Gobernadores%20presten%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20salud%20mental%20Director%20de%20Promoci%C3%B3n%20y%20Prevenci%C3%B3n.aspx>

¹⁷ Cabe destacar que en la introducción, los antecedentes y la justificación en la formulación de la mencionada política, se habla de la salud como el completo bienestar físico, psicológico y social y no una senda ausencia de enfermedad. También se habla de la necesidad de erradicar el estigma moral en salud mental, la necesidad de un tratamiento digno y enfocado en los Derechos, se habla de determinantes, de la carencia del conocimiento preciso y fondo el del tema en la época, y el déficit de atención especializada y el acceso a los mismos.

La **Ley 1751 de 2015** busca garantizar el derecho fundamental a la salud, protegerla y regularla, y haciendo obligatorio el que dicho servicio sea prestado. Esta ley prohíbe la negación de prestación de servicios.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP 2012 -2021) Sus objetivos estratégicos son: alcanzar mayor equidad en salud; mejorar las condiciones de vida y salud de la población; y cero-tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Los enfoques son en: derechos, determinantes sociales; diferencial; ciclo de vida; género; étnico; otros enfoques en lo diferencial (condiciones especiales); y población. El Plan establece los principios de las políticas y acciones fundamentales de intervención del entorno, comportamientos, servicios de salud y participación social. Son las entidades territoriales quienes han de adaptarlo a sus respectivos contextos y ejecutarlo. Para el tema de nuestro interés, el PDSP toma la definición de Salud Mental de la Ley 1616 de 2013 para establecer los lineamientos en la convivencia social y salud mental. Los objetivos en esta denominada dimensión 3: contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades que permitan una vida plena y el despliegue de potencialidades individuales para fortalecer la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social; contribuir a la gestión integral de riesgos asociados a la salud mental y convivencia social; y disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por eventos, problemas y trastornos mentales y formas de violencia. Los componentes de esta dimensión son: la promoción de la salud mental y la convivencia; y la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y formas de violencia.

En 2016 se adoptó la **Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (mediante la Resolución 429 de 2016)**, cuyo objetivo es el mejorar las condiciones de salud por medio de la regulación en la intervención de los agentes hacia el acceso oportuno, eficaz y de calidad en aras de la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. La integralidad se define como la igualdad de trato y oportunidades de acceso, así como la aproximación integral de la salud y la enfermedad, consolidando las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. El PAIS exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y prestadores de servicio, y siguiendo los respectivos planes de desarrollo territoriales. Como estrategias tiene: La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado; la gestión integral del riesgo en salud; y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

La Atención Primaria en Salud (APS) es la más básica de sus estrategias, e integra las necesidades de la población, la respuesta del sistema, y los recursos disponibles, teniendo además un enfoque de salud familiar y comunitaria, para así dar una respuesta dirigida a la persona, la familia y la comunidad. Además, proveer asistencia esencial, continua e integral tanto a personas como familiares y comunidades en condiciones de cercanía y como un primer elemento de asistencia de salud. La Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS) es otro mecanismo esencial del PAIS, que permite anticiparse a las enfermedades y traumatismos y evitar su emergencia, reducir el riesgo de emergencia de enfermedades y traumatismos, o bien para hacer una detección temprana y acotar su desarrollo o evolución, además de reducir sus consecuencias. El objetivo del GIRS es lograr un mejor nivel de salud en la población, mejorar la experiencia de los usuarios, y volver los recursos más eficientes. Sus componentes son individual y colectivo (a cargo de la entidad territorial).

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) apunta a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios donde habitan, armonizando los objetivos y estrategias

del Sistema de Salud. Apunta además a garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud en equidad. Además, permite la coordinación de todos los agentes involucrados en la prestación de la salud. El MIAS cuenta con 10 componentes operacionales que inician con el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo y son basados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Las RIAS definen a los agentes de la salud las condiciones para asegurar la integralidad de la atención del servicio y la prevención, bajo el marco de las condiciones particulares tanto de territorios como de los diferentes grupos poblacionales. Sirven de base para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y los Planes de Beneficios (PB).

La **Resolución 2626 de 2019** modifica el PAIS y adopta el llamado **Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)**, a cargo de las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Servicio, IPS, entidades del sector salud entre otras, cuyas actividades estén relacionadas con la salud, la prevención de la enfermedad, tratamiento, diagnóstico, rehabilitación y paliación, y muerte digna. Los objetivos del MAITE son: garantizar el disfrute del derecho a la salud en los territorios; fortalecer la autoridad de salud territorial; articular a los agentes de salud y actores territoriales en torno a las acciones requeridas para lograr resultados en salud; ajustar las respuestas en salud acorde a las necesidades de los territorios y sus poblaciones; y mejorar la condición de salud de los habitantes, la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud y su sostenibilidad financiera. Las líneas de acción son: Aseguramiento; Salud Pública; Prestación de Servicios de Salud; Talento Humano en Salud; Financiamiento; Enfoque Diferencial; Intersectorialidad; y Gobernanza en salud.

El Plan Nacional de Salud Mental 2014 – 2021 (PNSM 2014 - 2021), tomando como enfoques: el desarrollo basado en derechos humanos, el curso de vida, de género, el diferencial poblacional – territorial, y el psicosocial. Sus principios son: que la salud mental sea una parte integral del derecho a la salud; un abordaje intercultural de la salud; la participación; y la formulación de política(s) pública(s) con base en evidencia científica. Su objetivo general es promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la familia de todas las personas, familias y comunidades, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos relacionados con los problemas de salud mental, suicidios, violencias interpersonales y epilepsia. Sus objetivos específicos son: desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental; orientar acciones para la prevención de problemas y trastornos mentales, suicidios, violencias interpersonales y epilepsia; promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, suicidio, violencias interpersonales y epilepsia; implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión de personas con trastornos y problemas mentales, epilepsia, y víctimas de violencias interpersonales; y el fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental.

Sus ejes son: la promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; la prevención de problemas de salud mental a nivel individual y colectivo, además de los trastornos mentales y la epilepsia; el tratamiento integral de los problemas y trastornos mentales y la epilepsia; la rehabilitación integral e inclusión social; y la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

La **Política Nacional de Salud Mental 2018** tiene como principios: que la salud mental sea parte integral del servicio a la salud, el abordaje intercultural de la salud, la participación social, y el que toda política pública tenga una sólida base científica. El objetivo general es: promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas para su desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, la violencia interpersonal y la epilepsia. Sus objetivos específicos son: desarrollar acciones

promocionales para el cuidado de la salud mental; orientar acciones para la prevención de problemas y trastornos mentales, suicidios, violencias interpersonales y epilepsia; promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, suicidio, violencias interpersonales y epilepsia; implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión de personas con trastornos y problemas mentales, epilepsia, y víctimas de violencias interpersonales; y el fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental¹⁸.

Los ejes de la mencionada política también son los mismos del PNSM 2014 – 2021: la promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; la prevención de problemas de salud mental a nivel individual y colectivo, además de los trastornos mentales y la epilepsia; el tratamiento integral de los problemas y trastornos mentales y la epilepsia; y la rehabilitación integral e inclusión social. Y el quinto es la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. Y los enfoques son 4: Desarrollo basado en Derechos Humanos, de curso de vida, de género, y diferencial poblacional – territorial.

Aunque no son una normativa per se, existen dos documentos de gran importancia que proveen una guía para la formación y para el manejo comunicacional de temas relacionados con la salud mental.

El primero de estos documentos es el **Manual para formación en salud mental: Componente comunitario (2018)**, preparado por el Ministerio de Salud y Protección Social el cual está destinado principalmente para auxiliares de enfermería, auxiliares de salud pública, los gestores en salud y los agentes o líderes comunitarios (esto incluye a personal profesional y técnico de otros sectores). La finalidad del manual es servir como una herramienta para la formación de los profesionales y personas indicados, así como para ser usado por las Direcciones Territoriales de Salud para la generación de capacidades en salud mental. En pocas palabras, sirve como una guía para la atención y detección de casos de salud mental.

El segundo de estos documentos son los **Lineamientos Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental (2014)**, preparado igualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social, y cuya finalidad es contribuir a la reducción del estigma público respecto a la salud mental. Este documento está dirigido a los funcionarios de instituciones de distintos sectores y la comunicación e información de dichas instituciones, la comunidad en general y a personas con trastornos mentales y sus familiares y cuidadores, y los medios de comunicación y comunicadores sociales. Este documento parte de la reconocida necesidad de desarrollar una estrategia de comunicación basada en dos principios: la participación y organización para la movilización social, y la humanización de los servicios relacionados con la temática de salud mental, en especial y en primer lugar, el sector salud.

La política más reciente formulada para el tema de la Salud Mental es el **CONPES 3992 “ESTRATEGIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA”**. Dicha política apuntaría a la promoción de la salud mental en los habitantes de Colombia, mediante el fortalecimiento de los entornos sociales, el desarrollo tanto de las capacidades individuales, como colectivas, junto con un aumento de la coordinación intersectorial y la mejoría de la atención en salud mental. Para este fin, los objetivos específicos del CONPES 3992 son: aumentar la coordinación intersectorial para una mejor gestión de la salud mental; fortalecer los entornos donde la ciudadanía

¹⁸ Prácticamente los mismos objetivos de la Política Nacional de Salud Mental 2014 – 2021.

se desenvuelve diariamente como enfoque preventivo; y mejorar la atención en salud mental y la inclusión social con miras a reducir el número de casos de problemas de salud mental.

El documento, tal y como indica su título, traza tres Estrategias diseñadas para cumplir con los objetivos mencionados y gestionar las problemáticas de salud mental en el país. Dichas estrategias serían desarrolladas en un plazo de 4 años, es decir, del 2020 al 2023, siendo por consiguiente:

1. Estrategia para la coordinación intersectorial en temas de salud mental.
2. Estrategia de fortalecimiento de entornos protectores.
3. Estrategia para la atención en salud e inclusión social.

Cabe mencionar que el Documento CONPES 3992 presenta como diagnóstico, y por ende como las posibles razones que han generado el deterioro de salud mental en Colombia (y que son las razones de la formulación de la política como tal), las siguientes:

1. La baja coordinación intersectorial en temas de salud mental.
2. En segundo lugar, las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos, y
3. Finalmente, a las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Esta evaluación hecha por el CONPES se hace patente en los siguientes apartes:

“La población colombiana ha presentado un deterioro de su salud mental en los últimos 20 años. En relación a los trastornos mentales se identificó que una de cada diez personas en el 2017 padeció un trastorno mental y estos se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad.

Las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana se asocian a tres problemáticas principales: en primer lugar, la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental. En segundo lugar, las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos, y finalmente, a las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Para solucionar las problemáticas anteriormente planteadas este documento promueve la salud mental de la población que habita en el territorio colombiano a través de tres principales ejes de acción: el primer eje enfocado en aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de SPA. El segundo eje está relacionado con el fortalecimiento de los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y busca desarrollar competencias socioemocionales en toda la población. El último eje orientado a mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social.

Esta política se desarrollará en un horizonte de 4 años, con acciones a 2023 y tiene un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos. Además, cuenta con la participación y liderazgo del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura, el

*Departamento para la Prosperidad Social, el Ministerio del Deporte y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*¹⁹.

A NIVEL DISTRITAL

El Distrito también tiene una política propia de salud mental, la Política Distrital de Salud Mental 2015-2025, estando también alineada con lo estipulado por las organizaciones mencionadas anteriormente. La política Distrital tiene 3 enfoques principales. El primero se orienta a los derechos, buscando garantizar el acceso y la calidad de los servicios que las personas con problemas mentales requieran. El segundo es la determinación de las condiciones sociales que son un factor en la emergencia de trastornos, así como factores económicos y de salud física. El tercer enfoque tiene tres ramificaciones, aunque puede decirse que hace énfasis en las particularidades de cada caso. La primera ramificación es el diferencial, enfatizando en las características particulares de individuos y grupos. La segunda ramificación es la poblacional, permitiendo hacer un análisis más preciso de cada caso, al comprender aspectos integrales como el ciclo vital – o la edad – y la identidad, además de las condiciones y situaciones especiales que inciden en los trastornos mentales. La última ramificación está integrada con la anterior, enfocándose en el género de cada caso (Alcaldía Mayor de la Ciudad de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud, 2015).

Así mismo la política Distrital de Salud Mental tiene varios objetivos. El objetivo principal es el garantizar el derecho a la salud mental de forma prioritaria, garantizando el acceso y la calidad de los servicios de salud, armonizando también los procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios. Con el fin de alcanzar el objetivo mencionado, la Política busca posicionar nuevas comprensiones sobre la salud mental que produzcan cambios en el imaginario, conceptos y prácticas sociales en cuanto a la salud mental. También se busca garantizar una atención integral, integrada y de calidad a través del reforzamiento de programas y servicios, además de fortalecer también los sistemas de información y vigilancia para facilitar la toma de decisiones y la formulación de políticas y medidas (Alcaldía Mayor de la Ciudad de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud, 2015).

La Secretaría Distrital de Salud es un elemento clave que tiene el distrito para diseñar e implementar cualquier política de Salud, así como de monitorear y de evaluar el desempeño de la misma. En primer lugar, dicha entidad tiene como una de sus funciones el atender la salud mental en el evento de un desastre y/o emergencia, mediante la Subdirección de riesgo en emergencias y desastres, así como la provisión de la salud general y mental en el Distrito por entidades tanto privadas como públicas. También es un cuerpo importante a la hora de formular planes y medidas orientadas a tratar la temática de la salud mental²⁰.

De hecho, la Secretaría de Salud, ha puesto en marcha el Proyecto de Desarrollo de Autonomía (PDA). Dicho Proyecto es el marco de proyectos de gestión integral de la salud mental en los territorios, y brindado respuestas acordes a las necesidades de casos individuales, así como de

¹⁹ Ver: Concejo Nacional de Política Económica y Social. (14 de abril de 2020). Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia. [Documento CONPES 3992].

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

²⁰ Ver: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (6 de noviembre de 2013) Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. [Decreto 507 de 2013].

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto_507%20Estructura%20SDS.pdf

familias y comunidades. La gestión social, la gestión y el posicionamiento político y acciones integradas de naturaleza promocional y preventiva., son las herramientas de dicho Proyecto, teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada caso. 4 son las principales estrategias que tiene el Proyecto. La primera es la promoción de prácticas saludables en salud mental que permite la implementación de procesos colectivos promocionales, reforzando lo que el Proyecto llama habilidades de vida. La segunda es una intervención psicosocial frente a las necesidades de salud que han de desarrollarse de forma individual o familiar, con miras a identificar riesgos, ofrecer acompañamientos, orientación y canalización frente a las necesidades de la población. La tercera es la apertura de una línea telefónica especializada que brinde a apoyo a la población infantil y juvenil todos los días de la semana a cualquier hora del día, siendo atendida por personal especializado que contribuyen a la promoción de la salud mental, la prevención e identificación de riesgos y casos, activando las rutas de acción si es necesario, permitiendo implementar un acompañamiento. Y la cuarta es la implementación complementaria de acciones con énfasis en salud pública y así brindar atención integral e integrada a través de acciones promocionales y preventivas, así como acciones resolutivas. Otras medidas y políticas, entre ellas el Programa de Salud Mental Comunitaria, son de hecho puestas en marcha bajo esta estrategia particular.

La Comisión Intersectorial de Salud es otra instancia de gran utilidad para el Distrito a la hora de diseñar políticas y medidas orientadas a la salud mental. Dicho comité y otros similares, permiten coordinar la planeación nacional con planeaciones de orden nacional, regional, departamental, sectorial y local; también permiten establecer una coordinación interinstitucional entre las distintas entidades²¹.

Como resultado, la Administración Distrital ha puesto en marcha varias campañas y medidas para materializar la mencionada política con miras a la prevención y el brindar apoyo a las personas que padezcan o puedan padecer potencialmente problemas con su salud mental²².

Línea 106

La línea 106 está diseñada para ser una canal de escucha psicosocial que puede ser usada por cualquier individuo en cualquier momento del día y de la semana que sea requerido, y desde cualquier teléfono y lugar.

Línea 123

Esta línea es la línea designada para el reporte y atención de cualquier emergencia que se presente en la ciudad, y para que los servicios correspondientes sean dirigidos para atender la emergencia reportada.

Línea Púrpura

²¹ Ver: Concejo de Bogotá D.C. (9 de junio de 2016) Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 “Bogotá Mejor para Todos”. [Decreto 645 de 2016].

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66271>

²² Ver: KienyKe. (26 de septiembre de 2019). Autoridades de Bogotá se ocupan de la salud mental. <https://www.kienyke.com/noticias/campana-salud-mental-bogota>; Giraldo, M. (11 de julio de 2018). ‘Hospital Día’, el nuevo programa del Distrito para la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/rehabilitacion-de-pacientes-con-trastornos-mentales-bogota>; y, Noguera, A. (20 de septiembre de 2018). Salud mental: conoce los principales canales de atención y apoyo del distrito. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/5-canales-de-atencion-para-cuidar-la-salud-mental-en-bogota>

Esta línea está particularmente diseñada para atender a la población femenina de la ciudad y atender los problemas de salud mental y cualquier tipo de violencia de la cual sean víctimas. También está orientada a asesorar, apoyar y escuchar a las mujeres que estén afrontando alguna de las situaciones mencionadas previamente.

Línea Piénsalo y Piénsalo.co

Ambos medios están orientados a solucionar o lidiar con casos relacionados al uso y abuso de sustancias y drogas tanto lícitas como ilícitas. El formato de atención vía línea telefónica es atendido por psicólogos y otro tipo de personal calificado. El formato basado en la web ofrece información sobre las sustancias alucinógenas y los riesgos que éstas pueden representar, además de ser un espacio de comunicación enteramente anónimo.

Háblalo.com.co

Esta es una plataforma web interactiva que permite una identificación y reconocimiento de las emociones del usuario, ayudándole a manejarlas a su vez. Tiene una sección dedicada al auto-reconocimiento, la cual permite el reconocimiento de las emociones del usuario. La sección de “Entérate” brinda información que facilite al usuario el regular sus emociones. La sección “Regúlate” brinda una serie de ejercicios que contribuyen al manejo de las emociones o la conducta, al permitir al usuario desarrollar nuevas habilidades

Ruta de atención en salud mental

Esta iniciativa, hecha por la Secretaría Distrital de Salud, permite una intervención y apoyo psicosocial a la población de la ciudad que pueda requerirlo. Dicha ruta está compuesta por personal que hace visitas puerta a puerta de los hogares de la zona a donde la Ruta se desplace, con el fin de detectar los posibles riesgos (o casos en desarrollo) contra la salud mental. Si hay un riesgo de consideración detectado por el personal mencionado, el potencial ciudadano afectado es contactado mediante el Centro de Atención Prioritaria en Salud con el fin de hacer un acompañamiento y seguimiento.

‘Hospital Día’

Esta iniciativa fue implementada durante los meses enero y mayo de 2018 en los hospitales de La Victoria, San Blas y Santa Clara, durante el cual se atendieron 600 pacientes que sufrieron algún tipo de trastorno mental, contribuyendo en su readaptación social y familiar, además de laboral.

5.2 Más allá de la caja: otras medidas para velar por la Salud Mental

Aunque las medidas señaladas anteriormente parecen ser suficientes, las mismas podrían ser complementadas con otras acciones que, aunque contempladas ya dentro del marco normativo nacional y distrital, podrían implementarse de forma más consolidada, reforzando el alcance, desempeño e impacto de las medidas actualmente en curso. Un acercamiento más frecuente con los medios de comunicación (sobre todo aquellos de mayor sintonía entre la población joven y la población de mayoría de edad) y las redes sociales para dar a conocer cualquier campaña o medida sobre salud mental, y también para brindar una mayor educación e información sobre los distintos trastornos de salud mental, las implicaciones, y como se puede buscar ayuda. Esto también serviría para cambiar la actitud social respecto a dichos problemas, generando las condiciones sociales adecuadas para que las personas que padecen de tales trastornos puedan tener una mayor recuperación, acudan por ayuda, y para que exista una mejor prevención de dichos problemas.

En el mismo sentido, se pueden contemplar una mayor intensificación de campañas en universidades y colegios tanto distritales como privadas con el mismo fin de difundir información educativa acerca del problema y de los canales de ayuda disponibles; también se puede contemplar la posibilidad de hacer efectivos los *partnerships* entre el distrito y las instituciones educativas para este fin. La misma dinámica podía darse entre el Distrito y las empresas privadas, o al menos estimular a que las mismas implementen sus propias campañas de salud mental y permitan a los empleados afectados por problemas de salud mental acudir a los medios de asistencia médica y psicológica de su preferencia.

También se puede explotar aún más la posibilidad de un *partnership* más cercano entre las EPS privadas, las EPS Distritales y Públicas, y el mismo Distrito, para poder implementar de forma más coordinada y mancomunada las actuales políticas y medidas de salud mental; esto también permitiría que los planes de salud mental a cargo de las mismas EPS privadas complementen las medidas del distrito.

A pesar de que la tecnología juega un rol importante en la emergencia de problemas de salud mental, sobre todo en la población joven, las mismas podrían jugar un papel muy importante a la hora de combatir los problemas de salud mental, prevenirlos y cuidar de ésta en general. De hecho, las redes sociales podrían servir como un detector de síntomas de depresión, tendencias suicidas, y de otros trastornos, haciendo que otros usuarios guíen a la persona víctima de dichos problemas hacia los respectivos centros y canales de asistencia, contribuyendo así a reducir el impacto y a salvar una vida. En este sentido, las redes sociales y otros sitios como YouTube reducen en mucho la sensación de soledad y que personas con los mismos problemas puedan brindarse apoyo mutuo. Evidentemente existen aún los riesgos ya mencionados, pero causa misma de una de las dimensiones del problema de la salud mental podría explotarse como aliada en la lucha²³.

En el mismo sentido, el Distrito puede hacer uso de dichas redes sociales para implementar o publicitar campañas y otras medidas de atención y de prevención, además de ser plataformas de educación e información tanto sobre los problemas de salud mental y sus implicaciones como de los canales de ayuda (complementando o reforzando la labor de las páginas destinadas para dicho fin). También podrían servir para brindar asistencia y para involucrar a la comunidad y a los familiares o cercanos de las personas que padecen de cualquier trastorno, para que sean ellos quienes den la alerta, apoyen en el proceso de tratamiento, acompañamiento y recuperación y puedan incluso involucrarse de manera positiva en esos mismos procesos y fases. Así mismo, las mismas redes pueden convertirse en espacio de discusión por parte de la misma ciudadanía sobre la temática. También podría considerarse el desarrollo de una APP dedicada a dichos problemas de salud, vinculada directamente con las autoridades y personal especializado a la hora de prevenir, detectar o tratar algún caso.

6. MARCO NORMATIVO

6.1 DE ORDEN CONSTITUCIONAL

Constitución Política de la República de Colombia

Título 1: De los principios fundamentales

²³ Chaparro, L. (25 de mayo 2018). El rol de las redes sociales en la salud mental. <https://www.bbvaopenmind.com/tecnologia/mundo-digital/rol-las-redes-sociales-la-salud-mental/>

“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”.

“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.”

Título 2: De los Derechos, las Garantías y Deberes.

“Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

“Artículo 47. El 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”.

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

6.2 NORMATIVIDAD NACIONAL

Ley 1616 de 2013. *“POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.*

“ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. *La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.”*

“CAPÍTULO II. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 12. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL. *Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención. Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras de riesgos laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio”.*

“ARTÍCULO 16. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS. *Los entes territoriales deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley”.*

“ARTÍCULO 17. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. *Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley”.*

“ARTÍCULO 19. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD. *De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente. El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia”.*

“TÍTULO VII. CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 33. ACCIÓN TRANSECTORIAL E INTERSECTORIAL. *El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces y las autoridades territoriales de Salud desarrollarán en virtud de la política Nacional de Salud Mental la acción transectorial e intersectorial necesaria y pertinente para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas. **Parágrafo.** Entre las acciones transectoriales se debe promover, fortalecer y gestionar lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos”.*

“TÍTULO VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

ARTÍCULO 35. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. *El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.*

ARTÍCULO 36. SISTEMA DE INFORMACIÓN. *El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley. La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud”.*

“TÍTULO IX. INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 37. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. *La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando porque estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe integral anual de gestión y resultados dirigido a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la presente ley”.*

“TÍTULO X. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 39. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL. *En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental. Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no*

pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia”.

Resolución 429 de 2016. “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.

“ARTÍCULO 4°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. *El presente resolución se aplicará a la población residente en el territorio y su implementación es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna”.*

“Artículo 5°.- Componentes del Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. *El MIAS cuenta con diez componentes, así:*

[...]

5.4.- Delimitación Territorial del MIAS. *El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para implementación del Modelo”.*

Decreto 3039 de 2007. “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.

“CAPÍTULO III. LÍNEAS DE POLÍTICA

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

[...]

Estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

[...]

A cargo de las entidades territoriales: a. Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos. b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud. c. Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud. d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables. e. Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos

[...]

Estrategias de la prevención de los riesgos Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de las entidades territoriales: a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios. b. Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado. c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia. d. Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, en sus competencias. e. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción. f. Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción. g. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción. h. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud

[...]

Estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de las entidades territoriales: a. Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción. b. Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el plan obligatorio de salud - POS del régimen contributivo. c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado. d. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, en sus competencias. e. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción. f. Desarrollo de las redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción. 1. Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción. g. Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades. h. Fomento de la telemedicina.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

[...]

Estrategias de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

[...]

A cargo de las entidades territoriales: a. Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción. b. Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción. c. Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción. d. Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción. e. Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción. f. Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción.

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

[...]

Estrategias para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación y de las entidades territoriales: a. Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable. b. Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública para garantizar el cumplimiento de las competencias en los diferentes niveles territoriales. c. Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública. d. Concertación intersectorial para la modificación de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y poblaciones. e. Desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural. f. Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública. g. Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social. h. Promoción del control social y la rendición de cuentas”.

“CAPITULO VI. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD

[...]

DE LOS DEPARTAMENTOS, DISTRITOS, Y MUNICIPIOS CATEGORÍA E, 1, 2, Y 3 Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos, distritos y municipios categorías E, 1,2, Y 3 asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades: 1. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio. 2. Coordinar y articular con los actores intra y extrasectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas del Plan de Salud Territorial. 3. Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual en consulta

y concertación con los distintos actores, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social. 4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial. 5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social. 6. Realizar la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial. 7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial. 8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción. 9. Brindar asistencia técnica a las entidades de acuerdo a sus competencias. 10. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social. 11. Garantizar la conservación y red de frío y distribuir los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, Y los medicamentos e insumos críticos para el control de vectores, tuberculosis y lepra. 12. Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en su jurisdicción.

Ley 1566 de 2012. “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”.

“ARTÍCULO 2o. ATENCIÓN INTEGRAL.

[...]

PARÁGRAFO 2o. *El Gobierno Nacional y los entes territoriales garantizarán las respectivas provisiones presupuestales para el acceso a los servicios previstos en este artículo de manera progresiva, dando prioridad a los menores de edad y a poblaciones que presenten mayor grado de vulnerabilidad. En el año 2016 se debe garantizar el acceso a toda la población mencionada en el inciso primero de este artículo”.*

“ARTÍCULO 6o. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO. *El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1o de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las entidades territoriales deben cumplir con la obligación de desarrollar acciones de promoción y prevención frente al consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, en el marco del Plan Nacional de Salud Pública, Plan Decenal de Salud Pública, Planes Territoriales de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas y demás políticas públicas señaladas en la presente ley. Tales acciones de promoción y prevención requerirán para su construcción e implementación la participación activa de todos los sectores productivos, educativos y comunitarios en las respectivas entidades territoriales”.*

6.3 ANTECEDENTES NORMATIVOS EN EL DISTRITO CAPITAL

Decreto 649 de 1996. “Por el cual se crea el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa para Santa Fe de Bogotá, D.C.”

“Artículo 2º.- El Comité creado por este Decreto tendrá como objetivo esencial utilizar la información sobre lesiones de causa externa producida por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Consejería de Seguridad, y el observatorio de Cultura Ciudadana para unificar la información y el análisis de tendencias y como resultado proponer medidas de manejo, control y prevención que busquen disminuir la violencia y la accidentalidad en el Distrito Capital”.

Acuerdo 144 de 2005. “Por medio del cual se establece el sistema de salud mental en el Distrito Capital”.

“ARTÍCULO PRIMERO.- El Sistema de Salud Mental es un escenario de encuentro, concentración, coordinación, determinación y seguimiento de políticas, planes y programas de salud mental en el Distrito Capital.

ARTÍCULO SEGUNDO.- El Sistema de Salud Mental está conformado por el conjunto de instituciones públicas y privadas y redes sociales de apoyo que comprende entre otras a las empresas sociales del Estado, las IPS, organizaciones sin ánimo de lucro, representantes de la comunidad organizada y universidades que realicen el control y seguimiento de las diversas expresiones de violencia, estrés y salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad etc; para la determinación de políticas públicas, planes, programas y proyectos que tengan como objetivo la prevención, la promoción de la salud, atención, habilitación, rehabilitación, educación, orientación de la salud mental en el Distrito Capital. El sistema dará cumplimiento, dentro de los marcos legales, a las políticas de salud mental y al plan de Salud Mental del Distrito Capital”.

[...]

ARTÍCULO CUARTO.- Son funciones del Comité Distrital de Salud Mental las siguientes:

1. Asesorar la formulación de las políticas en prevención, cuidados médicos y psicológicos, habilitación, rehabilitación, educación, orientación, en salud mental; de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.
2. Concertar las políticas generales de salud mental para que se armonicen con el Plan de Desarrollo.
3. Fomentar la conformación de grupos de Apoyo social y de atención comunitaria y domiciliaria, en la capital de la República.
4. Evaluar y hacer las recomendaciones que sean pertinentes para la formulación y el cumplimiento de los programas y proyectos contemplados en el Plan de Salud Mental.
5. Proponer mecanismos de vigilancia para verificar el cumplimiento de las políticas, programas y proyectos contemplados en el Plan de Salud Mental del Distrito Capital.
6. Elaborar el plan anual de trabajo orientado a la ejecución de actividades del Plan de Salud Mental.
7. Determinar el desarrollo de políticas, planes, programas y reglamentaciones para la descentralización de las acciones tendientes a la atención y seguimiento de las conductas de la comunidad que inciden en el trastorno mental.
8. Generar los lineamientos para conformar y consolidar el sistema de información sobre salud mental, que sirva de base para la toma de decisiones.
9. Promover la estructuración de un sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental y del observatorio del comportamiento de la salud mental en Bogotá.
10. Gestionar la consecución de recursos para el fomento de la investigación en los campos de salud mental en el Distrito Capital.
11. Elaborar el informe anual de gestión y de resultados del Sistema Distrital de Salud Mental.

12. Expedir el reglamento interno del Comité”.

Acuerdo 221 de 2006. “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA E INSTITUCIONALIZA EL PROGRAMA DISTRITAL DE PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA”.

“Artículo 2.- El programa tiene como propósito contribuir a la prevención y al control de la anorexia y la bulimia, y dar prioridad a las acciones requeridas, a fin de contener el avance de las patologías y de los daños consecuentes.

Artículo 3.- La Secretaría Distrital de Salud, será el organismo de aplicación y organismo rector encargado de planificar, ejecutar y fiscalizar las acciones del programa.

Artículo 4.- El órgano de aplicación establecerá mecanismos apropiados para la prevención y asistencia de los factores causantes de la bulimia y anorexia, en el que deberá tener en cuenta: a) Campañas de educación en colegios, universidades, talleres dirigidos a educadores, padres y alumnos. b) Difusión en los medios de comunicación masivos de los riesgos de la bulimia y anorexia c) Capacitación de agentes de salud comunitarios. d) Orientación psicológica al paciente y su grupo familiar. e) Impulsar y fortalecer el desarrollo de estudios e investigaciones en la temática. f) Apoyar las acciones preventivas que desarrollan organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil”.

[...]

“Artículo 6.- En el marco del programa, se creará el día de prevención de bulimia y anorexia, el cual será el primer día del mes de abril, en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Educación y las Universidades, para el conocimiento y sensibilización de estas enfermedades, el cual se realizará en todos los planteles educativos de la Ciudad Capital”.

Acuerdo 383 de 2009. “Por medio del cual se implementan estrategias de difusión de la línea 106, al alcance de los niños, las niñas y los adolescentes en Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones”.

ARTÍCULO. 1º—Ampliase el horario de atención de la línea 106, “al alcance de los niños, niñas y adolescentes” y del servicio “Chatea con la 106”, a veinticuatro horas, los siete días de la semana.

ARTÍCULO. 2º—La administración distrital promoverá la participación de docentes, grupos voluntarios de profesionales y estudiantes que deseen donar su tiempo para brindar apoyo en la línea 106. Las secretarías distritales de Salud y Educación se encargarán de coordinar la capacitación a los voluntarios.

PARÁGRAFO.—En procura de una gestión integral, interinstitucional y corresponsable, con los demás sectores de la administración comprometidos con el tema, se desarrollarán servicios de extensión y asesoría técnica con los responsables de programas similares que se adelanten en los hospitales, comisarías de familia y comités de seguimiento al maltrato y abuso sexual que funcionan en las localidades.

ARTÍCULO. 3º—La administración distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y en coordinación con las secretarías distritales de Cultura y Educación, implementarán las estrategias necesarias para la difusión de la línea 106, en los medios de comunicación públicos, comunitarios y privados, en el Distrito Capital.

PARÁGRAFO.—La administración distrital buscará mecanismos de vinculación de los medios de comunicación privados que estén interesados en la difusión de la línea 106.

ARTÍCULO. 4º—La administración distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Educación, implementará campañas para promover el buen uso de la línea, en instituciones educativas públicas y privadas y demás lugares de asistencia masiva de los niños, las niñas y los adolescentes, tales como parques, teatros y eventos.

ARTÍCULO. 5º—Las secretarías distritales de Salud y Educación, apoyarán el cumplimiento de los objetivos de la línea 106, por medio de campañas de promoción de la salud mental y el buen trato entre los niños y las niñas, en los planteles educativos de la ciudad”.

Acuerdo 406 de 2009. “Por medio del cual se fortalece la atención terapéutica como un componente de salud mental para los casos de violencia intrafamiliar y sexual en Bogotá, D.C.”

“ARTÍCULO. 1º—Objeto. Toda persona afectada por episodios de violencia intrafamiliar y sexual conforme al grado de complejidad de los casos, dispondrá del servicio de atención terapéutica”.

Decreto 048 de 2009. "Por el cual se conforma el Consejo Distrital de Estupefacientes, Seccional Bogotá, D.C."

“ARTÍCULO SEGUNDO: Son funciones del Consejo Distrital Estupefacientes, Seccional Bogotá, D.C., las siguientes: a) Velar porque en el Distrito Capital se cumplan las políticas, planes y programas trazados por el Consejo Nacional de Estupefacientes. b) Formular para su adopción por el Gobierno Distrital, los planes y programas que deban ejecutarse en el Distrito Capital, con el objeto de promover, prevenir, proteger, restablecer y garantizar los derechos de las personas y grupos poblacionales afectados por la producción, tráfico y consumo de sustancias adictivas, de conformidad con las políticas trazadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes. e) Proponer a las autoridades nacionales, distritales y locales, la adopción e implementación de políticas, planes, programas y normas que propendan por el desarrollo de los objetivos señalados en el literal anterior. d) Rendir al Consejo Nacional de Estupefacientes los informes establecidos en la ley. e) Crear en las localidades que considere, comités cívicos conformados por organizaciones públicas y privadas que promuevan y desarrollen en su territorio acciones para la prevención, atención, rehabilitación y control de la producción, tráfico y consumo de sustancias adictivas. f) En desarrollo del artículo 40 de la Ley 845 de 2003, contribuir en la promoción de campañas de educación, prevención y rehabilitación de los deportistas del Distrito Capital. g) Apoyar la formulación e implementación de programas de prevención, rehabilitación y desintoxicación por el consumo de alcohol, de tabaco y de otras sustancias adictivas. h) Adoptar las acciones administrativas necesarias para el debido cumplimiento de sus funciones. i) Asesorar, estimular y apoyar los planes, programas y acciones de cada una de las entidades públicas y privadas que desarrollen acciones relacionadas con las funciones de éste. j) Expedir su propio reglamento interno”.

Decreto 691 de 2011. “Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá”

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 1º. Objetivo. Adóptese la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la vinculación a la oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C., para el Decenio 2011 – 2021, que en adelante y para los efectos del presente Decreto se denominará la Política Pública.

Parágrafo. La Política Pública se articulará con las políticas distritales y sectoriales que promueven el mejoramiento de la calidad de vida y salud, que se formulen en el periodo de vigencia de la misma.

Artículo 2º. Objetivo General. La Política Pública tiene como objetivo general establecer las directrices para el abordaje integral, articulado y continuo del fenómeno del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas, reconociendo las múltiples manifestaciones del fenómeno y la diversidad poblacional y cultural que caracteriza al Distrito Capital.

Parágrafo 1º. La implementación de la Política Pública, tiene presente que el fenómeno del consumo está mediado por los efectos contingentes en la salud física, mental, social, y por los factores

históricos, políticos, económicos y culturales que influyen en las dinámicas y relaciones que se establecen con las sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales.

Parágrafo 2º. *Para el logro de este objetivo corresponde a las entidades del Distrito Capital ubicar en un lugar de preferencia de la agenda social temas como la atención, la prevención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas, y promover acciones de intervención con base en un enfoque de derechos”.*

7. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

El Concejo de Bogotá, es competente para presentar esta iniciativa, en virtud de la facultad otorgada en el Estatuto Orgánico de Bogotá, D.C. Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12, numeral 1:

Decreto Ley 1421 de 1993

Artículo 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital el adecuado cumplimiento con la Constitución y 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”.*

8. Impacto Fiscal

Teniendo en cuenta lo estipulado por el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, se considera que la iniciativa propuesta no presenta un impacto fiscal. Se considera que los nuevos lineamientos planteados para actualizar la Política Distrital en Salud Mental, pueden enmarcarse dentro de lo presupuestado para las medidas actualmente en curso. Así mismo, y de ser necesario, se puede considerar una posible contribución por parte del sector privado a la hora de planear de forma mancomunada entre el sector público y privados nuevas políticas y medidas. En lo tocante al desarrollo de la APP propuesta, el sector privado puede jugar un rol central para este fin.

9. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

La problemática de la salud mental está tomando una escala cada vez más considerable a nivel mundial, con riesgo de que los impactos en los individuos y sus cercanos, así como para la sociedad y la economía – y, por ende, para las naciones, sobre todo aquellas en vías de desarrollo o de alta necesidad económica – sean maximizados. Estos problemas afectan, además a las personas de toda condición social y de género, pero por sobre todo a quienes constituyen la – futura – fuerza laboral y económica del país, a las mujeres, a los mayores de edad y a la población en condiciones económicas adversas; factores todos que truncan el desarrollo social y económico, por no mencionar las pérdidas de vidas valiosas. Es por esto que el Distrito debe tomar las medidas necesarias para que los problemas de salud mental sean prevenidos, requiriendo bien la formulación de nuevas políticas y medidas, o bien el refuerzo de las existentes con la implementación de otras acciones que incrementen su impacto y efectividad. También se consideraría necesario que la salud mental tome fuerza como tema de importancia en salud pública en el Distrito.

Lo propuesto en esta normativa permitiría al Distrito y a las instituciones relacionadas con el tema de salud y salud mental mejorar las políticas y medidas en curso, formular nuevos mecanismos, políticas y medidas, y hacer uso de otros canales y posibilidades que la legislación tanto nacional como distrital

brindan. También permitiría al distrito hacer uso de la tecnología informática y las redes sociales para afrontar los problemas de salud mental en la ciudad y de concientizar a la población sobre los mismos. Entidades como la Secretaría Distrital de Salud, la Comisión Intersectorial de Salud, entre otras, son muy fundamentales a la hora de estudiar, diagnosticar, y posteriormente diseñar, ejecutar, monitorear y evaluar, así como el de coordinar todo lo relacionado con las problemáticas de salud mental y los medios para afrontarlos y velar que los habitantes tengan una buena salud mental, o que aquellos afectados por cualquier trastorno mental reciban el tratamiento adecuado y, en ÚLTIMAS PERMITIRÁ QUE EL DISTRITO CAPITAL, ADOpte UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, ya que a la fecha EL DISTRITO CARECE DE ELLA.

Tomando en cuenta la naturaleza, escala, e impacto que dichos problemas tienen, es muy necesario e importante que el Distrito y las entidades públicas y privadas que prestan servicios de salud, además de otros sectores como el educativo y medios de comunicación, tomen medidas de forma coordinada y cooperativa y reducir el impacto de lo que promete ser uno de los principales y muy perjudiciales males de salud en el siglo XXI.

10. Referencias

Adrupal & Secretaría de Salud de Bogotá. (Octubre de 2017). Primer estudio de salud mental en Bogotá revela que los trastornos que más aquejan a la población son la ansiedad y la depresión.

<http://www.subrednorte.gov.co/?q=noticias/primer-estudio-salud-mental-bogot%C3%A1-revela-los-trastornos-m%C3%A1s-aquejan-la-poblaci%C3%B3n-son-la>

Cruz, A. (Julio 13 de 2015). La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina.

<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>

O' Keeffe, G.S., & Clarke-Pearson, K. (2011). Clinical Report. The Impact of Social Media on Children, Adolescent and Families. *Pediatrics*, 127 (4), 800-804. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/127/4/800.full.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013 – 2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=5DF7E6503A39365EF13FD18E8C0D0AF6?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). Trastornos mentales. https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015- 2020*. Washington DC, USA; Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Plan de acción sobre salud mental, Para la región de las Américas, 2015-2020*. Washington DC, USA: Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Salud-Mental-Brochure-11x17-V5.pdf>

Salud. (23 de febrero de 2017). La depresión es un mal que crece en el mundo. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16826965>

Salud. (24 de febrero de 2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>

UNICEF. (2011). La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión. <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>

World Health Organization. (2000). *Women's Mental Health. An Evidence Based Review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf

World Health Organization. (2019). Gender and women's mental health. https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

Datos y Estadísticas

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). *Política Distrital de Salud Mental 2015-2025*. Bogotá, Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., & Observatorio de Salud. (2019). Datos de Salud – Salud Mental. <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/suicidio/>

Cifuentes-Avellaneda, A., Rivera-Montero, D., Vera-Gil, C., Murad-Rivera, R., Sánchez S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García. (mayo 11 de 2020). *Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia*. Asociación Profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>

Deutsche Welle. (14 de mayo de 2020). OMS Advierte que pandemia afectará salud mental futura. <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar%C3%A1-salud-mental-futura/a-53430908>

El Tiempo. (8 de septiembre 2008). Pacientes con problemas mentales son excluidos y discriminados, dice Defensoría del Pueblo. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4519155>

González, L. M. (n.d.). *Estigma y capacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia. Foco particular población indígena y afrodescendiente*. Bogotá, Colombia: Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado de: <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Investigacion-estigma-y-discapacidad-psicosocial-final-1.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (Junio 2019). *FORENSIS 2018, Datos para la Vida*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

Médicosypaciente.com. (9 octubre 2018). El estigma, una de las barreras a la hora de contratar a personas con problemas de salud mental. Recuperado de: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-estigma-una-de-las-barreras-la-hora-de-contratar-personas-con-problemas-de-salud-mental>

Mercado, D. (25 de abril de 2020). La salud mental, un efecto colateral de la pandemia. El Espectador. <https://www.elespectador.com/especiales/la-salud-mental-un-efecto-colateral-de-la-pandemia-articulo-916330/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). Bogotá, Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre 2018) Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Resolución 4886]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington D.C., U.S.A; Organización Panamericana de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/Wjsessionid=A6C8B01730974C93D32CF038D784EC54?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2017). *Estudio Tamiz de Salud Mental en Bogotá*. [Convenio de Cooperación Técnica 1470/2015]. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

Oviedo Lugo, G. F. (2020). Impacto Psiquiátrico y Psicológico de la Pandemia COVID-19/SARS-CoV-2 en el Personal Sanitaria. (Presentación de Power Point).

Ritchie, H., & Roser, M. (April 2018). Mental Health. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Secretaría de Distrital de Salud. (10 de septiembre de 2020). *Covid19, salud mental, discapacidad psicosocial: retos del Estado colombiano*. [Presentación de Power Point].

Uribe Restrepo, M. Mora, O. I., & Cortés Rodríguez. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica* 48, (3), 207-220. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668003.pdf>

Women's Health Office. (n.d.). Efectos de la violencia contra la mujer. <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

Medidas

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (6 de noviembre de 2013) Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. [Decreto 507 de 2013]. http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto_507%20Estructura%20SDS.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). *Política Distrital de Salud Mental 2015-2025*. Bogotá, Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Alcaldía de Bogotá & Secretaría de Salud. (2019). Salud Mental. http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/Salud_Mental.aspx

Concejo de Bogotá D.C. (9 de junio de 2016) Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 “Bogotá Mejor para Todos”. [Decreto 645 de 2016]. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66271>

Concejo Nacional de Política Económica y Social. (14 de abril de 2020). Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia. [Documento CONPES 3992]. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

Congreso de Colombia. (16 febrero 2015) Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley Estatutaria 1751 de 2015]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de Colombia. (21 enero de 2013) Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. [Ley 1616 de 2013]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de Colombia. (23 diciembre 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993]. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Chaparro, L. (25 de mayo 2018). El rol de las redes sociales en la salud mental.

<https://www.bbvaopenmind.com/tecnologia/mundo-digital/rol-las-redes-sociales-la-salud-mental/>

Giraldo, M. (11 de julio de 2018). 'Hospital Día', el nuevo programa del Distrito para la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/rehabilitacion-de-pacientes-con-trastornos-mentales-bogota>

KienyKe. (26 de Septiembre de 2019). Autoridades de Bogotá se ocupan de la salud mental.

<https://www.kienyke.com/noticias/campana-salud-mental-bogota>

Ministerio de Salud. (18 junio 1998) Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Resolución 2358 de 1998].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 marzo 2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2014). Lineamientos Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/16.%20line-estrategia-comunicacion-reduccion-estigma-saludmental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 febrero 2016). Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Resolución 429 de 2016].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). *Rutas integrales de atención en salud – RIAs*. [Presentación de Power Point]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2017). Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud de Protección Social. (Enero de 2018). Manual para formación en salud mental: Componente comunitario. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-formacion-componente-comunitario-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre 2018) Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Resolución 4886 de 2018].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 noviembre 2018) Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Resolución 4886 de 2018].

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 septiembre 2019). Por el cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE. [Resolución 2626 de 2019].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Noguera, A. (20 de septiembre de 2018). Salud mental: conoce los principales canales de atención y apoyo del distrito. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/5-canales-de-atencion-para-cuidar-la-salud-mental-en-bogota>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2017). *Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016 – 2020*. Bogotá, Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Normativas

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Octubre 18 de 1996) Por el cual se crea el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa para Santa Fe de Bogotá, D.C. [Decreto 649 de 1996].

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1659>

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Febrero 18 de 2009) Por el cual se conforma el Consejo Distrital de Estupefacientes, Seccional Bogotá, D.C. [Acuerdo 048 de 2009].

http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/normatividad/bogota/bogota_decreto_048_2009.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Designada). (Diciembre 30 de 2011) Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C. [Decreto 691 de 2011].

http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/normatividad/bogota/bogota_decreto_691_2011.pdf

Constitución Política de Colombia. [Const.]. (1991).

https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_constitucion_politica.pdf

Concejo de Bogotá D.C. (Marzo 18 de 2005) Por medio del cual se establece el sistema de salud mental en el Distrito Capital. [Acuerdo 144 de 2005].

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16164&dt=S>

Concejo de Bogotá D.C. (28 de junio 2006) Por medio del cual se crea e institucionaliza el programa distrital de prevención de la anorexia y la bulimia. [Acuerdo 221 de 2006].

http://concejodebogota.gov.co/concejo/site/artic/20090617/asocfile/20090617151734/221_06_pdf.pdf

Concejo de Bogotá D.C. (Junio 30 de 2009) Por medio del cual se implementan estrategias de difusión de la línea 106, al alcance de los niños, las niñas y los adolescentes en Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones. [Acuerdo 383 de 2009].

http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_75992042615bf034e0430a010151f034

Concejo de Bogotá D.C. (Noviembre 26 de 2009) Por medio del cual se fortalece la atención terapéutica como un componente de salud mental para los casos de violencia intrafamiliar y sexual en Bogotá, D.C. [Acuerdo 406 de 2009].

http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_8bc1596095a120c6e0430a01015120c6

Congreso de Colombia. (31 julio de 2012) Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas. [Ley 1566 de 2012].

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf>

Congreso de Colombia. (21 enero de 2013) Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. [Ley 1616 de 2013].

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (julio 22 de 1993) Por el cuál se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá. [Decreto Ley 1421 de 1993].

<http://www.gobiernobogota.gov.co/sgdapp/sites/default/files/normograma/Decreto%201421%20de%201993.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (10 de agosto 2007) Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [Decreto 3039 de 2007].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 febrero de 2016) Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Resolución 429 de 2016].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf

Cordialmente,

Gloria Elsy Diaz Martínez
Concejal de Bogotá

Nelson Cubides Salazar
Concejal de Bogotá
Vocero Partido Conservador

PROYECTO DE ACUERDO No. 048 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN NUEVOS LINEAMIENTOS PARA ACTUALIZAR LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL DE BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

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

ACUERDA

Artículo 1. OBJETO – El presente acuerdo tiene como objeto establecer lineamientos para actualizar y reforzar las medidas y políticas existentes y en curso, orientadas a proteger y cuidar la salud mental de quienes habitan en Bogotá, así como a reducir el impacto producto de los problemas en salud mental que afectan a los Bogotanos. También se busca que la salud mental sea reconocida como un derecho fundamental y por lo tanto tema de prioridad en salud pública del Distrito.

Artículo 2. LINEAMIENTOS Y ACCIONES – La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, deberá actualizar la Política Distrital de Salud Mental de Bogotá, a partir de los siguientes nuevos lineamientos y acciones:

1. Realizar un diagnóstico de la capacidad instalada en talento humano e infraestructura de los servicios de salud para la atención de la población con problemas y trastornos mentales, incluyendo los que se presentan por epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y a las personas víctimas de violencias, en la ciudad de Bogotá, D.C.
2. Asegurar que la salud mental sea atendida bajo el marco de una Red Integral de Servicio en Salud Mental.
3. Crear e implementar una hoja de ruta que contenga programas y acciones conjuntas con todos los actores del Sector de la Salud, tanto Públicos como Privados, entre ellos, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB -, Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS -, Administradoras de Riesgos Laborales- ARL -, que tengan como fin la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud mental e inclusión social.
4. La Administración Distrital, diseñará un instrumento que permita articular agendas de todos los sectores de la Administración Distrital, con el plan de Acción que trace la Secretaría Distrital de Salud, para la promoción, prevención y rehabilitación en salud mental, de manera especial, con:
 - 4.1.- Coordinará el desarrollo de acciones pedagógicas encaminadas a promover y prevenir los factores de riesgo y principales problemáticas de salud mental que enfrentan los estudiantes, y capacitar a la comunidad educativa en la identificación de posibles problemas de salud mental y en el autocuidado.

- 4.2.- Fortalecerá el registro, seguimiento y atención a casos de violencia, dando aplicación al Protocolo de Atención Integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- 4.3.- Afianzará la Alianza Familia – Escuela, implementado herramientas, contenidos y metodologías para fortalecer las capacidades de las familias en materia de autocuidado, atención socioemocional crianza y promoción del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. Esto también se aplicará a los demás miembros de la comunidad educativa.
- 4.4.- Promoverá el seguimiento a la población que atiende, con problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y víctimas de violencias, en la ciudad de Bogotá, D.C.
- 4.5. Promoverá el registro y seguimiento a la población que atiende, con problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y debido a los efectos de las violencias de género, en la ciudad de Bogotá, D.C.
- 4.6.- Promoverá y desarrollará procesos de arte, cultura, recreación y deporte, para atención psicosocial dirigidos a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores, para el desarrollo de competencias socioemocionales y prevención de problemas y trastornos mentales.
5. Permitir una participación ciudadana más activa, en la que sectores sociales y poblacionales planteen propuestas, estrategias y medidas, para promover, prevenir y proteger la salud mental como un derecho fundamental en Bogotá.
6. Facilitar, incentivar y asegurar que los equipos básicos de salud reciban capacitación en salud mental. En el mismo sentido, facilitar y asegurar que se brinde una educación en salud mental a educadores del Distrito, a personal sanitario no relacionado con el ámbito psiquiátrico, a personal de la Policía Metropolitana de Bogotá, a las empresas privadas, y a la ciudadanía en general. Estas acciones, se podría realizar mediante una alianza entre la academia e instituciones especializadas y la Secretaría Distrital de Salud.
7. Incentivar la investigación en salud mental por parte del sector académico y universitario, tanto público como privado, así como una colaboración estrecha entre ambos sectores para emitir evaluaciones y recomendaciones tanto del problema como de las políticas y medidas en curso. Lo que también permitirá la recolección de información para la toma de decisiones.
8. Promover un convenio con las Universidades públicas y privadas con el fin de proveer atención en salud mental dentro de sus instalaciones de salud (en caso de tenerlas), así como proveer a personal – practicantes y de planta – para la provisión de dicha atención.
9. De manera gradual, proveer ambulancias especializadas en Salud Mental por parte del Distrito.
10. Efectuar una evaluación anual del desempeño e impacto de las políticas y medidas en curso.
11. Facilitar la participación de los medios de comunicación y representantes de las principales redes sociales en las campañas de prevención, educación e información sobre los problemas de salud mental y los canales de asistencia. Dichas campañas también abogarían por el uso

de un lenguaje menos excluyente y estigmatizador respecto a los problemas de Salud Mental y las personas que los padecen.

Artículo 3. En la actualización de la Política Distrital de Salud Mental, debe dar especial atención a la población económica y socialmente vulnerable, a menores de edad, a mujeres, personas mayores y a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, en el marco de establecido en la Ley 1616 de 2013 o de la ley que la modifique.

Artículo 4. La Administración Distrital ejercerá un control permanente y efectivo de los resultados, desempeño e impacto de la Política Distrital de Salud Mental.

Artículo 5. La Administración podrá desarrollar alianzas o trazar acciones articuladas con actores estratégicos de la esfera económica, social, educativa, comunitaria y de los medios de comunicación, que tengan como fin la promoción, prevención y protección de la salud mental de los habitantes de la ciudad.

Artículo 6. PROVISIONES ESPECIALES PARA LA PANDEMIA Y POST PANDEMIA – Con ocasión de la pandemia y post-pandemia (COVID 19), urge la actualización de la Política Distrital de Salud Mental, en la implementación de instrumentos, estrategias y medidas, frente a los posibles efectos negativos en la salud mental, que han marcado un modelo de vida diferente para los diferentes grupos poblacionales de la ciudad.

Artículo 7. Una vez formulada la Política Distrital de Salud Mental, debidamente actualizada, se presentará al Concejo de Bogotá, para su respectiva adopción.

Artículo 8. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO No. 049 DE 2021**PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EXPOSICIÓN DE MOTIVOS****1. OBJETO DEL PROYECTO**

El presente Proyecto de Acuerdo tiene como objeto el estipular institucionalizar las prácticas de parto humanizado en los hospitales, clínicas y otros centros de salud donde se atienda el parto, del Distrito.

2. ANTECEDENTES DE PROYECTOS DE ACUERDO RELACIONADOS CON EL TEMA DE PARTO HUMANIZADO:

3. PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
Proyecto de Acuerdo 292 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: José David Castellanos Orjuela y Luz Marina Gordillo Salinas (Coordinadora). Archivado
Proyecto de Acuerdo 434 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: Cesar Alfonso García Vargas y Edward Aníbal Arias Rubio (Coordinador). Archivado
Proyecto de Acuerdo 577 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: N/A Archivado
Proyecto de Acuerdo 296 de 2018: "Por medio del cual se modifica el acuerdo 51 de 2001 “Por el cual se dictan normas para la atención a las personas con discapacidad, la mujer en estado de embarazo y los adultos mayores en las Entidades Distritales y Empresas Prestadoras de Servicios Públicos”; se crea la Ventanilla Única	Autores: H.C. Pedro Julián López Sierra, Ángela Sofía Garzón Caicedo, Yefer Yesid Vega Bobadilla, Julio César Acosta Acosta, Rolando Alberto González García y Jorge Lozada Valderrama. Ponentes: Jorge Eduardo Torres Camargo y Armando Gutiérrez González (Coordinador).

Preferencial para la atención al adulto mayor en las entidades del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Archivado.
Proyecto de Acuerdo 423 de 2018: "Por medio del cual se modifica el acuerdo 51 de 2001 "Por el cual se dictan normas para la atención a las personas con discapacidad, la mujer en estado de embarazo y los adultos mayores en las Entidades Distritales y Empresas Prestadoras de Servicios Públicos"; se crea la Ventanilla Única Preferencial para la atención al adulto mayor en las entidades del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	Autores: H.C. Autores: H.C. Pedro Julián López Sierra, Ángela Sofía Garzón Caicedo, Yefer Yesid Vega Bobadilla, José David Castellanos Orjuela, Juan Felipe Grillo Carrasco, Rolando Alberto González García y Jorge Lozada Valderrama. Ponentes: N/A Archivado.
Proyecto de Acuerdo 037 de 2020: "Por medio del cual se establecen, medidas de prevención y atención a la maternidad y paternidad temprana, el embarazo infantil y el embarazo subsiguiente para fortalecer el proyecto de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”	Autor: H.C. Yefer Yesid Vega Bobadilla. Ponentes: Luis Carlos Leal Angarita y Ana Teresa Bernal Montañez (Coordinadora). Archivado.
Proyecto de Acuerdo 226 de 2020: "Por medio del cual se promueve el acompañamiento y una ruta integral de atención para la mujer gestante y lactante fortaleciendo el parto digno, tranquilo y saludable y se dictan otras disposiciones”	Autores: H.C. Sara Jimena Castellanos Rodríguez, German Augusto García Maya, Luz Marina Gordillo Salinas, Armando Gutiérrez González, Álvaro Acevedo Leguizamón, Samir José Abisambra Vesga. Ponentes: Emel Rojas Castillo, Oscar Jaime Ramírez Vahos (Coordinador). Remitido a la respectiva comisión.

4. JUSTIFICACIÓN

Los procesos del embarazo y del parto, constituyen dos momentos cruciales en la gestación de una nueva vida al mundo. Por un lado, se tiene al niño o niña, los cuales simbolizan el resultado, o la culminación, de ese proceso en el cual una nueva vida se forma y viene a la vida. La culminación de un proceso en donde la sociedad recibe un nuevo miembro que podrá contribuir en gran o menor medida, al desarrollo de la comunidad en donde vaya a vivir. Del otro lado, se tiene a la mujer que ha sido el medio por el cual una nueva, invaluable vida, tuvo su desarrollo primigenio.

Es el parto el momento en el cual no solo se trae al mundo y a la sociedad a una nueva vida y a un nuevo miembro, sino también un momento significativo para la madre, además de ser también un momento de alto riesgo para la salud y la vida tanto de la madre, como del hijo o la hija.

Existen varios tipos de parto²⁴:

El primero es el parto medicalizado, en el cual se implementa un control constante del estado del feto a través de monitoreo bioquímico y biofísico, e incluso regulación de las contracciones en caso de ser necesario. También implica la rotura temprana de la bolsa de aguas con el fin de acelerarla dilatación y comprobar el aspecto y color del líquido amniótico. La finalidad detrás de dicho tipo de parto es acortar la duración del parto y hacerlo más llevadero, y desarrollándolo dentro del marco de una máxima normalidad.

El segundo tipo es el parto natural, en donde claramente no hay ninguna intervención médica y dejando que el parto se dé de forma natural, prescindiendo o dejando de lado cualquier intervención médica artificial, y por ende prescindiendo de medicamentos, herramientas tecnológicas, con la mujer teniendo la última voz en el parto y el dar a luz. La mayor de las veces, dicho parto solo recibe asistencia por personal sanitario, siendo el tipo más elegido por las mujeres gestantes y en especial por quienes desean evitar efectos secundarios sobre ellas y sus bebés por cuenta de medicamentos, como los analgésicos, suministrados durante el parto.

El tercer tipo de parto, el cual es el objeto del presente Proyecto de Acuerdo, es el parto humanizado o parto no intervenido. Es bastante similar al parto natural, pero se diferencia en que se pone especial atención a la vigilancia fetal y se cumplen las normas de asepsia a la vez que se ejerce un monitoreo biofísico y bioquímico del feto. Ahora bien, el parto también es asistido pero se prescinden de procedimientos terapéuticos; los elementos centrales del mismos son una vigilancia del estado tanto de la madre como del feto, una asistencia psicológica a la mujer gestante y su familia por parte del personal sanitario, así como un enfoque medio ambiental. Durante el parto mismo, se efectúa una preparación física haciendo uso de relajación y respiración, así como de la condición del futuro bebé. Un ambiente afectivo y la presencia de la pareja son también otro elemento central en este tipo de parto. Cualquier uso de farmacéutico alguno se da solo si el parto no se desarrolla con normalidad, así como el de instrumentos para la extracción del neonato. El médico se limita a la supervisión del proceso, interviniendo sólo si es necesario.

El mínimo de intervención contemplado busca garantizar una cierta seguridad tanto a la madre como al bebé por nacer, a la par que se ofrecen cuidados individualizados de acuerdo con las necesidades individuales, respetando las decisiones de la madre gestante siempre que éstas no comprometan su salud y bienestar ni la del neonato. Sumado a lo anterior, se busca generar confianza, seguridad, intimidad, dignidad y confidencialidad.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2018)²⁵, a su vez, explica que, de cerca de 140 millones de partos que ocurren a nivel mundial, la gran mayoría son en mujeres jóvenes con pocas probabilidades de riesgos o de complicaciones tanto para ellas como para sus bebés. Así mismo,

²⁴ Ver: Hospital Sanitas La Zarzuela. (n.d.). Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado. Sanitas. Madrid, España; Sanitas. <https://www.hospitalazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>

²⁵ World Health Organization – WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B55D89F5DA7BF82E1B7C1F641A95548B?sequence=1>

explica que el tiempo que toma el parto es vital tanto para la madre como para el bebé debido al riesgo de morbilidades y mortalidad en caso de complicaciones. A la luz de lo anterior, y como continúa explicando la OMS (2018), el parto ha caído en una suerte de “normalización” que no es universal, y que además precisa de mejoras debido a que su medicalización deriva en una erosión de la capacidad de la mujer en dar a luz, así como en una mala experiencia a la hora de dar a luz. De hecho, es evidente que las atenciones a los partos pueden no garantizar un cuidado de calidad, ya que el mismo puede no ser respetuoso e incluso brindar un trato indigno, así como ser restrictivos para mujeres económicamente vulnerables, además de exponerlas a intervenciones médicas innecesarias que pueden interferir de forma negativa con el proceso del parto. Además, las atenciones medicalizadas pueden no ser respetuosas con las necesidades personales, valores y preferencias tanto de la mujer y de su familia.

Adicionalmente, prácticas no-clínicas tales como apoyo emocional, comunicación efectiva, cuidado respetuoso, opciones de parto que respeten los valores de la mujer y que además promuevan la posibilidad de elegir durante las primera y segunda fases de parto, no son contempladas dentro de las atenciones tradicionales, tal y como explica la OMS (2018).

En este orden de ideas, la OMS (2018) indica que las mujeres en estado de embarazo y que darán a luz pronto, desean un “parto positivo” o “humanizado”, en donde la experiencia vaya más allá de sus expectativas y de las creencias personales y socioculturales, y que permita dar a luz en un ambiente clínico y psicológicamente sano que incluya un apoyo práctico y emocional por parte del compañero sentimental, además de un personal amable y competente y de la posibilidad de poder tener un cierto grado de control en las decisiones durante el proceso, incluso si se necesita de intervención médica alguna.

Por consiguiente, la OMS (2018) ha emitido una serie de recomendaciones que apuntarían a mejorar el proceso del parto para las mujeres, o simplemente para avanzar en la materialización del “parto humanizado”:

Tabla 1. Recomendaciones generales para un “parto humanizado”

Opción de cuidado	Recomendación
Cuidado de maternidad respetuoso	Brindar un cuidado maternal respetuoso, que tiene en cuenta su dignidad, su privacidad, y confidencialidad, además de asegurar su libertad de daño y maltratos y de facilitar opciones informadas y un apoyo continuo durante el parto.
Comunicación efectiva	Comunicación efectiva entre el personal y las mujeres en parto, mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
Acompañamiento durante el parto	Permitir a la mujer tener una compañía durante el parto de su elección.
Continuidad del cuidado	Continuación del uso de parteras, donde una partera o parteras conocidas brindan apoyo a una mujer en parto durante las fases prenatales, intraparto, y fase postnatal.

Fuente: OMS (2018). Elaboración propia.

Otros aspectos que la práctica del parto humanizado ha de considerar, de acuerdo con Almaguer González, García Ramírez y Vargas Vite (2012)²⁶, son:

- Reconocer a los padres – en especial a la madre – y al bebé como los elementos centrales del parto.
- Evitar interferir en el parto, salvo cuando existan condiciones de riesgo.
- Reconocer el derecho de la mujer y de su pareja para recibir educación para el embarazo y el parto.
- Reconocimiento y respeto de las necesidades individuales de cada mujer y/o pareja y de las formas en cómo se ha de desarrollar el parto.
- Respeto de la intimidad del entorno durante y después del parto.
- Brindar, así mismo, atención personalizada y continua durante y después del parto.
- Favorecer la libertad tanto de posición como de movimiento de la mujer durante todo el proceso del parto.
- Promover una relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia sanitario.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quien puede hacer acompañamiento durante el parto.
- Dar privilegio al vínculo inmediato entre la madre y el bebé, y evitando exámenes o maniobra alguna de resucitación que no sean necesarios.

Cabe agregar que la implementación del parto humanizado o parto no intervenido plantea una serie de ventajas que benefician tanto a la madre gestante, como a su hijo o hija recién nacidos y a su pareja y/o familia.

Una primera ventaja es que permitiría la continuación de una práctica – cultural – en torno al parto y en donde toman parte mujeres que no sólo son experimentadas en apoyar las labores del parto, sino que también son de la entera confianza de la madre gestante. Tal y como explican Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018)²⁷, en América Latina en especial, ha sido tradición que mujeres parteras o comadronas sean un factor importante durante el parto, al asistir en el mismo a la madre en las comunidades más remotas y en donde los servicios de salud son prácticamente inexistentes. En pocas palabras, permite que las mujeres tengan la compañía de una persona de confianza, como las mencionadas matronas. Esto es de particular importancia para comunidades étnicas que aún efectúan esta clase de partos.

En el mismo sentido, y constituyendo una – segunda – ventaja, es que permite que la mujer en labor tener la compañía de su pareja o de otra persona que ella considere de gran valor e importancia para su vida, contribuyendo a generar un clima de seguridad, confianza y tranquilidad para la madre

²⁶ Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., y Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2), 44-59.

²⁷ Macías Intriago, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., Quishpe-Molina, M., y Triviño-Vera, B. N. (Julio 2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.

<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815/pdf>

gestante, la pareja, los familiares, el bebé y – podría decirse – aún para el personal sanitario, tal y como indican Molina Santacruz, Rengifo Arboleda y Solarte Moncayo (2019)²⁸. Esto, a su vez, resulta en una reducción en las tasas de partos de tipo operatorio (cesáreas y uso de fórceps), reducción del uso de analgésicos durante el parto, del tiempo de duración, reducción de la depresión postparto, y un aumento de la perspectiva positiva del parto como experiencia y de la autoestima de la madre²⁹.

Una tercera ventaja es que le daría un enfoque y aplicación más humanista al parto en sí. De hecho, tradicionalmente se ha contemplado al parto como una enfermedad, y a la madre como si fuese una enferma; la introducción del parto humanizado permitiría un cambio decisivo de dicho enfoque, reduciendo el peso de la perspectiva tradicional medicalizada y haciendo que la madre gestante sea vista como una persona que trae a la vida a otro ser humano, y por ende es sujeto de derechos y una persona con sentimientos y con la posibilidad de elegir, de acuerdo con Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018). Esto, dicho sea de paso, también aplica para el bebé recién nacido.

Una cuarta ventaja es que da a la madre gestante un papel mucho más central. De hecho, permite que sea ella quien elija el tipo de parto a tener, la posición a usar para dar a luz, así como el hecho de que respete y considere los valores, creencias, sentimientos, autonomía y dignidad de la madre que estaría dando a luz. Así mismo, el parto humanizado contribuye a garantizar que el parto sea una experiencia positiva y segura para la madre que está dando a luz, para su pareja o familia, y aún para el bebé por nacer (Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera, julio 2018).

Una quinta ventaja es que permite un acercamiento más estrecho entre la madre gestante y su pareja y/o familia y el personal sanitario que asistirá durante el parto. Esto reduce el nivel de temor que siempre acompaña a este momento (el parto) y establece un nivel de confianza entre las partes involucradas, gracias al diálogo, afecto e intercambio de información. Además, permite aumentar el apego del bebé hacia la madre a la par que reduce los riesgos inherentes a la labor del parto y aún la mortalidad materna y neonatal (Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera, julio 2018).

Una sexta ventaja es que, además de otorgar a las parteras tener su tradicional rol fundamental durante el parto, les permite actuar de facilitadoras para la comunicación entre la madre y el personal sanitario. Tal y como explican Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018), las parteras de hecho establecen dicho vínculo y facilitar la comunicación al conocer los deseos de la madre gestante y por ende, transmitir la información correcta al médico obstetra y al personal sanitario.

²⁸ Molina Santacruz, S. A., Rengifo Arboleda, T. A., Solarte Moncayo, M. N. (2019). Propuesta para la atención del parto humanizado en las instituciones de salud del Cauca, desde el enfoque de derechos de la gestante, a partir de la búsqueda bibliográfica, 2010 – 2019 (Trabajo final de Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud). Popayán, Colombia: Universidad EAN.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9860/MolinaStephanie2019?sequence=1&isAllowed=y>

²⁹ Ver: *Íbid*, p. 21.

Una séptima ventaja es que reduce el estrés del bebé mismo. Tal y como explican Macías-Intriago, Haro-Alvarado, Piloso-Gómez, Galarza-Soledispa, Quishpe-Molina y Triviño Vera (julio 2018), el parto humanizado contribuiría a reducir el estrés del bebé producto del cambio de entorno inmediato al cual está sujeto, ya que el bebé se ve forzado a cambiar de ambiente, y por ende se procuraría generar un ambiente más tranquilizador para el bebé. Esto hace del parto humanizado algo importante para la madre como para el bebé, y a su turno el parto humanizado hace del bebé y de su bienestar, además de la mujer, su principal objetivo.

Y una última ventaja es que el parto humanizado prescinde del enfoque medicalizado así como del uso de elementos medicinales que podrían complicar el parto y hacerle daño tanto a la madre como al bebé, tales como el suero, la anestesia y minimizando la intervención médica, y permitiendo que el parto suceda de una forma más natural.

El Ministerio de Salud y Protección Social (noviembre de 2014)³⁰, a su vez, señala una serie de ventajas que la implementación del parto humanizado tendría para las mujeres, así como para los recién nacidos.

El parto humanizado, de hecho, puede contribuir a la reducción del parto medicalizado, a que se provea a las madres gestantes con una atención efectiva basada en evidencia científica que facilite el trabajo entre diferentes profesiones, generar espacios para una forma de nacimiento alternativo, la incorporación y mejora de las relaciones entre las mujeres, y la transformación de la atención a la madre gestante a la par que se reduce el temor al parto.

De forma más puntual, el Ministerio de Salud y Protección Social (noviembre de 2014) señala:

- Las madres gestantes que disfruten de un acompañamiento continuo durante el proceso del parto presentan más probabilidades de parto espontáneo vaginal, a la par que se reduce la necesidad de analgésicos, se reduce el riesgo de insatisfacción, se reduce el trabajo del parto así como la reducción en probabilidad de cesárea, parto instrumentado y/o uso de anestesia regional.
- Se reducen los riesgos durante el trabajo de parto tanto para la madre como para los bebés por nacer.
- Se beneficia a la salud del bebé recién nacido, al punto de mejorar el puntaje de la prueba APGAR que se suele aplicar a los neonatos, reduciendo la probabilidad de una puntuación menor a 7³¹.
- La adopción de una posición vertical reduce el tiempo de trabajo de parto y disminuye la necesidad de anestesia epidural (esta anestesia es de tipo local y se introduce en la columna vertebral³²).

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. (Noviembre de 2014). Se recomienda la adopción de los principios del Parto Humanizado en todas sus dimensiones.

http://gpc.minsalud.gov.co/herramientas/doc_implementacion/Hojas_Evidencia/1.Hoja%20de%20evidencia%20Humanizaci%C3%B3n.pdf

³¹ Esta prueba, permite que el médico calcule el estado general de un recién nacido al minuto y a los cinco minutos tras el nacimiento, evaluándose la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos e irritabilidad y el color de piel. La puntuación va de 0 a 2 por cada una de las categorías mencionadas, y de acuerdo con el estado del bebé detectado por el médico, se asigna la respectiva puntuación. Ver: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (unión de 2014). Evaluación de Escala de APGR.

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_rns/Hojas_evidencia_RNS.pdf

³² Ver: Instituto Marqués. (2021). La anestesia epidural o peridural. <https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-la-mujer/la-anestesia/anestesia-epidural-o-peridural/>

5. CONTEXTO INTERNACIONAL, LATINOAMERICANO, NACIONAL Y DISTRITAL

Para poder medir la necesidad de un enfoque más humanizado, o de implementar un parto humanizado en el Distrito, es importante dar un vistazo a la cantidad de partos atendidos y la manifestación de complicaciones y aún decesos, durante la labor, en el mundo, en la región, y en el Distrito.

A nivel mundial

A nivel mundial, se puede observar un decrecimiento general de los nacimientos en el período comprendido entre los años 2000 y 2018, de acuerdo con el Banco Mundial (2018)³³, observándose que la tasa de Nacimiento por 1,000 personas ha presentado un decrecimiento considerable. De hecho, dicha tasa era de 21,64 en el 2000, reduciéndose hasta un 18,17 en el 2018, tal y como hace patente la siguiente gráfica:

Gráfico 1.



Fuente: Banco Mundial (2021). Elaboración propia.

Otra fuente señala, de forma más detallada, un ligero descenso en el número de nacimientos a nivel mundial entre los años 2016 a 2019, pasando de 140.230.000 millones durante el 2016 a 140.110 millones durante el 2019. Continentes como África y Oceanía presentaron un aumento de nacimientos durante dicho periodo, a la par que continentes como Asia, Europa presentaron descensos considerables, con América Latina presentando un descenso de forma más ligera (Ritchie, septiembre 11 2019)³⁴:

³³ World Bank. (2021). Birth rate, crude (per 1,000 people).

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?end=2018&start=2000>

³⁴ Ritchie, H. (2019). How many people die and how many are born each year? Our World in Data.

<https://ourworldindata.org/births-and-deaths>

Tabla 1.

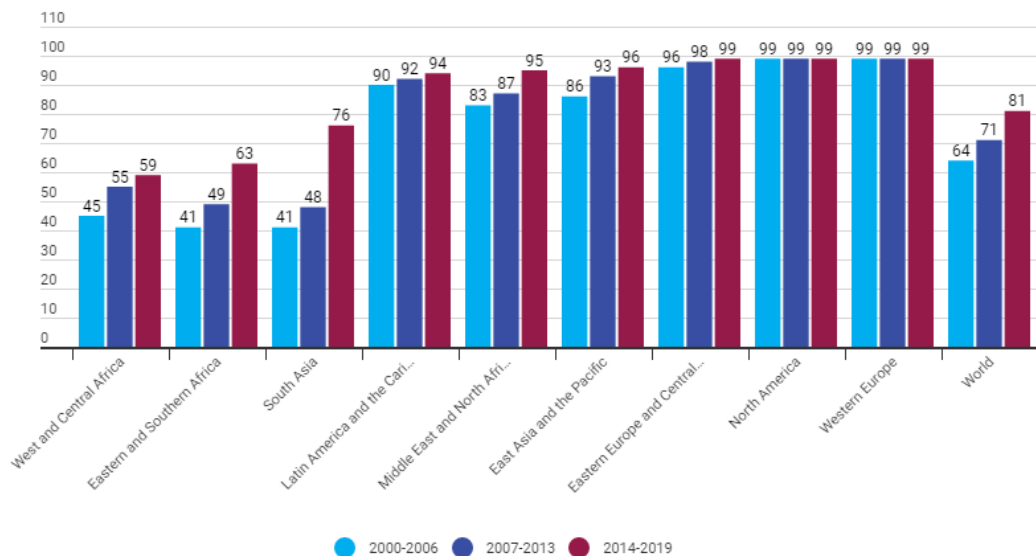
REGIÓN	2016	2017	2018	2019
Oceanía	682.667	685.720	688.390	690.709
Latinoamérica y Caribe	10.62 millones	10.57 millones	10.52 millones	10.46 millones
Norteamérica	4.28 millones	4.29 millones	4.30 millones	4.32 millones
Europa	7.89 millones	7.81 millones	7.73 millones	7.65 millones
África	41.72 millones	42.22 millones	42.71 millones	43.21 millones
Asia	75.04 millones	74.67 millones	74.26 millones	73.79 millones
TOTAL	140.23 millones	140.25 millones	140.20 millones	140.11 millones

Fuente: Ritchie (septiembre 11 de 2019). Elaboración propia.

Adicionalmente, se tiene que los nacimientos asistidos por personal calificado a nivel mundial han presentado un aumento importante en los últimos 20 años, aunque también cabe indicar que continentes como África (Occidental, Central, Oriental y Sur) son las regiones con el menor porcentaje de partos asistidos por personal calificado, de igual manera que el sur de Asia. América Latina y el Caribe, junto con el Medio Oriente y el Norte de África serían las regiones mundiales con un relativo nivel medio de partos con asistencia de personal, tal y como hace patente la siguiente gráfica (UNICEF, octubre de 2020)³⁵.

Gráfico 2.

Percentage of births attended by a skilled birth attendant by UNICEF region (historical trends, 2000-2019)



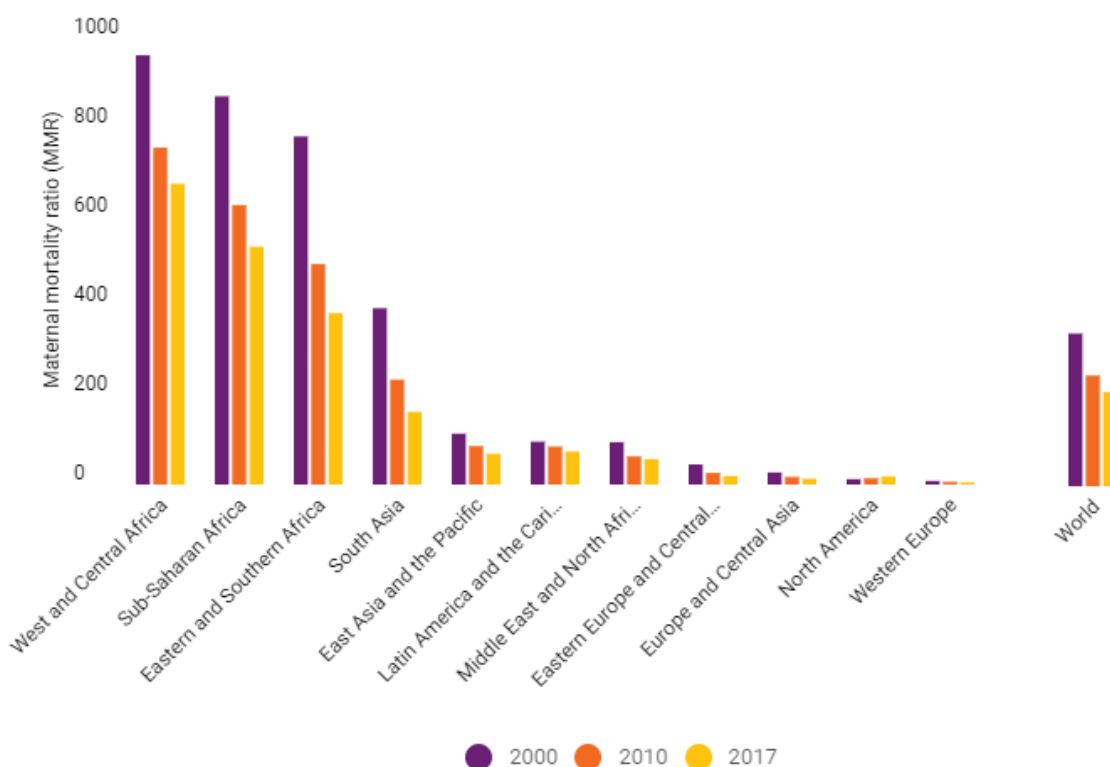
Tomado de: UNICEF (Octubre 2020)

³⁵ UNICEF. (October 2020). Delivery Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

A su vez, se observa que las tasas de mortalidad materna durante el parto en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2017, han venido presentando una reducción a nivel global en las últimas dos décadas. Pese a esto, las tasas de mortalidad por 1,000 madres gestantes son persistentemente altas en África mientras que son bajas en Europa Occidental, América del Norte, Europa y Asia Central. Cabe señalar que para Latinoamérica y el Caribe, la tasa es de 74 por mil madres para 2017 (UNICEF, septiembre de 2019)³⁶:

Gráfico 3.

Maternal mortality ratio (MMR) trends by region



Source: World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017* WHO, Geneva, 2019.

Tomado de: UNICEF (Septiembre de 2019)

A nivel de Latinoamérica, se puede evidenciar que el porcentaje de nacimientos institucionales – o que sucedieron en un centro de salud u hospital ha sido (WHO, 2020)³⁷:

³⁶ UNICEF. (September 2019). Maternal Mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

³⁷ WHO. (2020). Institutional births. Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SRHIB?lang=en>

Tabla 2.
Porcentaje de nacimientos institucionales en Latinoamérica

PAIS	2015	2016	2017	2018
Argentina	99,5	99,3	97,7	99,1
Bolivia	–	87,7 (2011 – 2016)	71,3	71,5
Brasil	99,1	99,1	99,1	N/A
Chile	99,7	98,1	99,7	N/A
Colombia	96,9 (2010 – 2015)	N/A	98,9	N/A
Costa Rica	99,3 (2010 - 2015)	93,2	94,0	N/A
Cuba	99,9	99,9	99,9	99,9
Ecuador	93,5 – 94,3	95,6 – 96,4	95,3	95,8
El Salvador	91,1	99,0	99,0	98,9
Guatemala	65,0 (2009 - 2015)	69,2	57,5	N/A
Honduras	72,0	79,0	74,0	N/A
México	96,9 (2013 – 2015)	93,0	N/A	N/A
Nicaragua	88,0	88,0	89,6	89,1
Panamá	94,8	90,9	N/A	N/A
Paraguay	93,2 (2014 – 2016)	96,6	97,3	97,7
Perú	Aprox. 91,0	Aprox. 92,2	93,2	Aprox. 92,1
República Dominicana	99,6	99,8	N/A	99,9
Uruguay	99,6	99,6	99,6 – 99,7	99,5
Venezuela	N/A	96,2	95,4	N/A

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

En lo concerniente a los partos atendidos por personal en América Latina, la WHO (2020)³⁸, reporta lo siguiente:

Tabla 3.
Partos atendidos por personal cualificado en Latinoamérica

PAIS	2015	2016	2017	2018
Argentina	100	98	94	N/A
Bolivia	73	90 – 99	100	72
Brasil	99	99	99	N/A
Chile	100	100	100	N/A
Colombia	96 – 99	N/A	99	98
Costa Rica	90	99	99	99
Cuba	100	100	100	100
Ecuador	94	96	96	96
El Salvador	100	100	100	100
Guatemala	66	70	N/A	N/A
Honduras	72	79	74	N/A
México	98	96	N/A	N/A
Nicaragua	95	95	96	N/A
Panamá	95	95	94	93
Paraguay	96	96 – 97	97	98
Perú	92	92	94	93
República Dominicana	100	100	N/A	N/A
Uruguay	100	100	100	N/A
Venezuela	99	99	99	N/A

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

³⁸ WHO. (2020). Births attended by skilled health personnel. Data by country.

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLEDBIRTHATTENDANTS?lang=en>

También es importante indicar los nacimientos por cesáreas en América Latina, los cuales presentan una variación importante durante los periodos registrados por la WHO (2020)³⁹:

Tabla 4. Partos por cesáreas

PAIS	%	PERIODO
Argentina	29,1	2011
Bolivia	33,4	2011 – 2016
Brasil	55,5	2015
Chile	49,6	2012
Colombia	45,8	2016
Costa Rica	23,5	2014
Cuba	40,4	2012 – 2014
Ecuador	49,0	2015
El Salvador	31,3	2016
Guatemala	26,3	2009 – 2015
Honduras	18,6	2006 – 2012
México	40,7	2013 – 2015
Nicaragua	29,7	2006 – 2012
Panamá	27,7	2011 – 2013
Paraguay	45,9	2014 – 2016
Perú	31,6	2011 – 2016
República Dominicana	58,1	2012
Uruguay	39,4	2015
Venezuela	32,2	2009

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

A su vez, la cobertura de servicios de cuidado prenatales en la región de Latinoamérica presenta los siguientes porcentajes, de acuerdo con la WHO (2020)⁴⁰:

³⁹ WHO. (2020). Births by caesarean sections. Data by country.

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>

⁴⁰ WHO. (2020). Antenatal care coverage. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4?lang=en>

Tabla 5.
Cobertura de cuidado prenatal en América Latina

PAIS	%	PERIODO
Argentina	89,8	2009 – 2012
Bolivia	85,3	2017
Brasil	92,2	2018
Chile	N/A	N/A
Colombia	89,9	2010 – 2015
Costa Rica	76,6	2016
Cuba	97,8	2012 – 2014
Ecuador	79,5	2013
El Salvador	82	2017
Guatemala	86,2	2009 – 2015
Honduras	88,9	2006 – 2012
México	89,5	2016
Nicaragua	63	2017
Panamá	98,6	2009 – 2015
Paraguay	77,7	2016
Perú	96,6	2013 – 2018
República Dominicana	58,1	2012
Uruguay	95,4	2008 – 2013
Venezuela	83,8	2017

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

Y por último, la tasa de mortalidad materna en la región ha presentado la siguiente tendencia en muertes por 100.000 habitantes y en porcentaje, de acuerdo con la OECD (2020)⁴¹:

⁴¹ OECD. (2020). Mortalidad materna. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es>

Tabla 6.

Mortalidad materna estimada, (2015 o último año disponible) y 5 de variación

PAIS	Muertes por 100.000 habitantes	% de variación
Argentina	39	-40,9
Bolivia	155	-53,2
Brasil	60	-13,0
Chile	13	-58,1
Colombia	83	-11,7
Costa Rica	27	-32,5
Cuba	36	-21,7
Ecuador	59	-51,6
El Salvador	46	-37,0
Guatemala	95	-41,0
Honduras	65	-23,5
México	33	-40,0
Nicaragua	98	-39,5
Panamá	52	-42,9
Paraguay	84	-49,1
Perú	88	-38,9
República Dominicana	95	-41,0
Uruguay	17	-34,6
Venezuela	125	5,0

Fuente: OECD. (2020). Elaboración propia.

A nivel nacional

A nivel nacional, se puede observar entre los años 2016 a 2019 los nacimientos presentaron un aumento considerable entre los años 2016 y 2017, en tanto que han presentado una reducción igualmente considerable entre los años 2017 y 2019. Además, los tipos de parto más frecuentes durante el periodo indicado fueron los partos espontáneos, seguidos por las cesáreas. Y el lugar

donde tuvieron lugar los partos fue predominantemente las instituciones de salud, tal y como se muestra a continuación.

En el año 2016 se evidenció que la gran mayoría de partos ocurrieron en instituciones de salud, del tipo espontáneo, seguidos luego por partos de tipo cesárea, de acuerdo con el DANE (22 de diciembre de 2017)⁴²:

Tabla 7.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2016)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	647.521	343.367	296.612	7.384	56	102
Institución de salud	640.680	336.684	296.612	7.384	0	0
Domicilio	5.861	5.750	0	0	46	65
Otro sitio	937	924	0	0	10	3
Sin información	43	9	0	0	0	34

Fuente: DANE (22 de diciembre de 2017). Elaboración propia

En el año 2017, a su vez, se puede observar un aumento ligero de nacimientos totales en contraste con el 2016, con los partos espontáneos atendidos en instituciones de salud incrementando de manera marcada, a diferencia de los partos por cesárea (DANE, 21 de diciembre de 2018)⁴³:

Tabla 8.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2017)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	656.704	350.576	298.560	7.393	67	108
Institución de salud	649.401	343.448	298.560	7.393	0	0
Domicilio	6.306	6.179	0	0	57	70
Otro sitio	953	939	0	0	9	5
Sin información	44	10	0	0	1	33

Fuente: DANE (21 de diciembre de 2018). Elaboración propia

⁴² DANE. (22 de diciembre de 2017). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2016. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>

⁴³ DANE. (21 de diciembre de 2018). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2017. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>

En cuanto al año 2018, se puede evidenciar que la tendencia se mantiene, en particular la diferencia de casos entre el parto espontáneo (atendido en una institución de salud) y el parto de cesárea, de acuerdo con datos suministrados por el DANE (20 de diciembre de 2019)⁴⁴:

Tabla 9.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2018)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	649.115	354.133	288.000	6.779	203	0
Institución de salud	638.375	343.596	288.000	6.779	0	0
Domicilio	8.912	8.723	0	0	189	0
Otro sitio	1.828	1.814	0	0	14	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (20 de diciembre de 2019). Elaboración propia

Y, finalmente, para el año 2019, se puede evidenciar que hay una reducción continuada del número de partos en el país, siendo la institución de salud el lugar más común para la atención de partos, en especial el de tipo espontáneo. Sin embargo, cabe anotar que el parto instrumentado presenta un leve incremento en comparación con el año 2018⁴⁵:

Tabla 10.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2019)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	642.660	349.365	286.035	6.954	306	0
Institución de salud	632.385	339.396	286.035	6.954	0	0
Domicilio	9.197	8.903	0	0	294	0
Otro sitio	1.078	1.066	0	0	12	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (23 de diciembre de 2020). Elaboración propia

⁴⁴ DANE. (20 de diciembre de 2019). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>

⁴⁵ DANE. (23 de diciembre de 2020). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2019. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019>

En el país, adicionalmente, los casos de morbilidad materna extrema (MME) también presentan un incremento de la notificación de casos de MME en un periodo comprendido entre el 2012 y el 2019, al pasar de 2505 casos notificados a 15949. Cabe señalar que en el período entre el 2017 y el 2019, se presenta una suerte de estabilización en los casos notificados (Instituto Nacional de Salud, 2020)⁴⁶:



Comportamiento notificación casos de morbilidad materna extrema, Periodo Epidemiológico IX, Colombia 2012-2020

Tomado de: Instituto Nacional de Salud (2020)

Dentro de las causas más frecuentes de la MME a corte de agosto de 2019, se encuentran los trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas, entre otras, de acuerdo con el Instituto Nacional Salud (2020):

Tabla 11.

Causas	Casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos	11936	74,5%
Complicaciones hemorrágicas	2088	13,0%
Complicaciones del aborto	279	1,7%
Sepsis de origen obstétrico	821	5,1%
Sepsis de origen no obstétrico	120	0,7%

⁴⁶ Instituto Nacional de Salud. (2020). Morbilidad Materna Extrema. Periodo epidemiológico IX. Colombia 2020. <https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20IX%202020.pdf>

Sepsis de origen pulmonar	99	0,6%
Enfermedad preexistente que se complica	205	1,3%
Otras	467	2,9%

Fuente: Instituto Nacional de Salud (2020). Elaboración propia

La mortalidad materna también es un fenómeno que también sucede con distintos grados a lo largo del territorio nacional, y aunque en cifras generales es una cifra relativamente baja en contraste con los partos totales, es un fenómeno que merece atención.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2020)⁴⁷, la mortalidad materna tuvo un total de 335 casos en 2017, 294 casos en 2018, 299 casos en 2019 y 191 casos (datos parciales) en 2020, tal y como hace patente el siguiente cuadro:

Tabla 12.

AÑO	TOTAL
2017	326
2018	332
2019	299
2020 PP.	191

Fuente: Instituto Nacional de Salud (20 de abril de 2018). Elaboración propia

A nivel Distrital

A nivel del Distrito, se puede observar que los partos espontáneos atendidos en centros de salud son más comunes en contraste con las cesáreas durante el 2016, tal y como señala el DANE (22 de diciembre de 2017):

Tabla 13.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL DISTRITAL (2016)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					Sin información
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	
Total	114.013	61.216	49.777	3.019	1	0

⁴⁷ Instituto Nacional de Salud. (2020). Mortalidad Materna (Temprana). Periodo epidemiológico VII. Colombia, 2020. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VII%202020.pdf>

Institución de salud	113.719	60.923	49.777	3.019	0	0
Domicilio	236	235	0	0	1	0
Otro sitio	58	58	0	0	0	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (22 de diciembre de 2017). Elaboración propia

Ahora bien, datos de partos en Bogotá durante el 2017 evidencian una tendencia a la reducción de nacimientos (por cualquier tipo de parto) en la ciudad, con cerca de 6 mil nacimientos menos en la ciudad, reflejándose también en el descenso de partos por cesárea y partos espontáneos, de acuerdo con el DANE (21 de diciembre de 2018):

Tabla 14.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL DISTRITAL (2017)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	108.969	58.928	47.298	2.742	1	0
Institución de salud	108.696	58.656	47.298	2.742	0	0
Domicilio	222	221	0	0	1	0
Otro sitio	51	51	0	0	0	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (21 de diciembre de 2018). Elaboración propia

Así mismo, los datos de nacimientos por tipo de parto para el 2018 confirma esta tendencia a la reducción de partos en Bogotá, con 5 mil partos menos en contraste con el año anterior.

Tabla 15.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL DISTRITAL (2018)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	103.565	56.480	44.726	2.356	3	0
Institución de salud	103.565	56.209	44.726	2.356	0	0
Domicilio	200	199	0	0	1	0
Otro sitio	74	72	0	0	2	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (20 de diciembre de 2019). Elaboración propia

Y en el año 2019 se mantiene la reducción en el total de partos en el Distrito, aunque menos drástica. Esta reducción, dicho sea de paso, también se ve claramente reflejada en el descenso entre los distintos tipos de parto que tuvieron lugar en la ciudad durante los años 2016 a 2019.

Tabla 16.

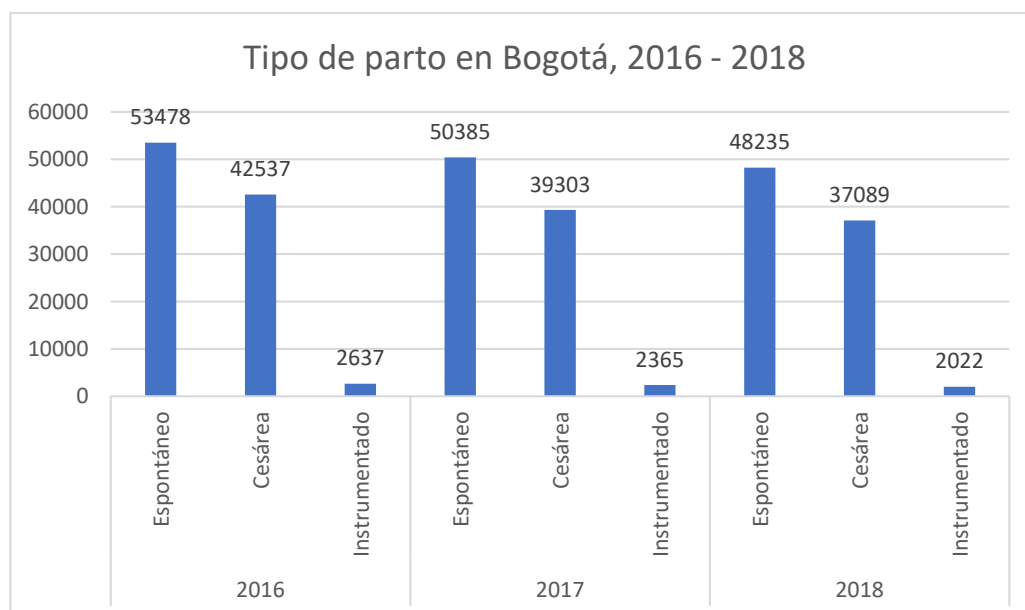
NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL DISTRITAL (2019)

TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	101.092	54.425	44.316	2.351	0	0
Institución de salud	100.862	54.195	44.316	2.351	0	0
Domicilio	173	173	0	0	0	0
Otro sitio	57	52	0	0	0	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE (23 de diciembre de 2020). Elaboración propia

Datos tomados a partir del Observatorio de Salud de Bogotá muestran un escenario similar a los datos suministrados por el DANE en el periodo comprendido entre el 2016 y el 2018, con el número de partos presentando una reducción considerable, y con el parto espontáneo siendo el parto de mayor tipo en la ciudad (Observatorio de Salud de Bogotá, 2020)⁴⁸:

Gráfico 5.



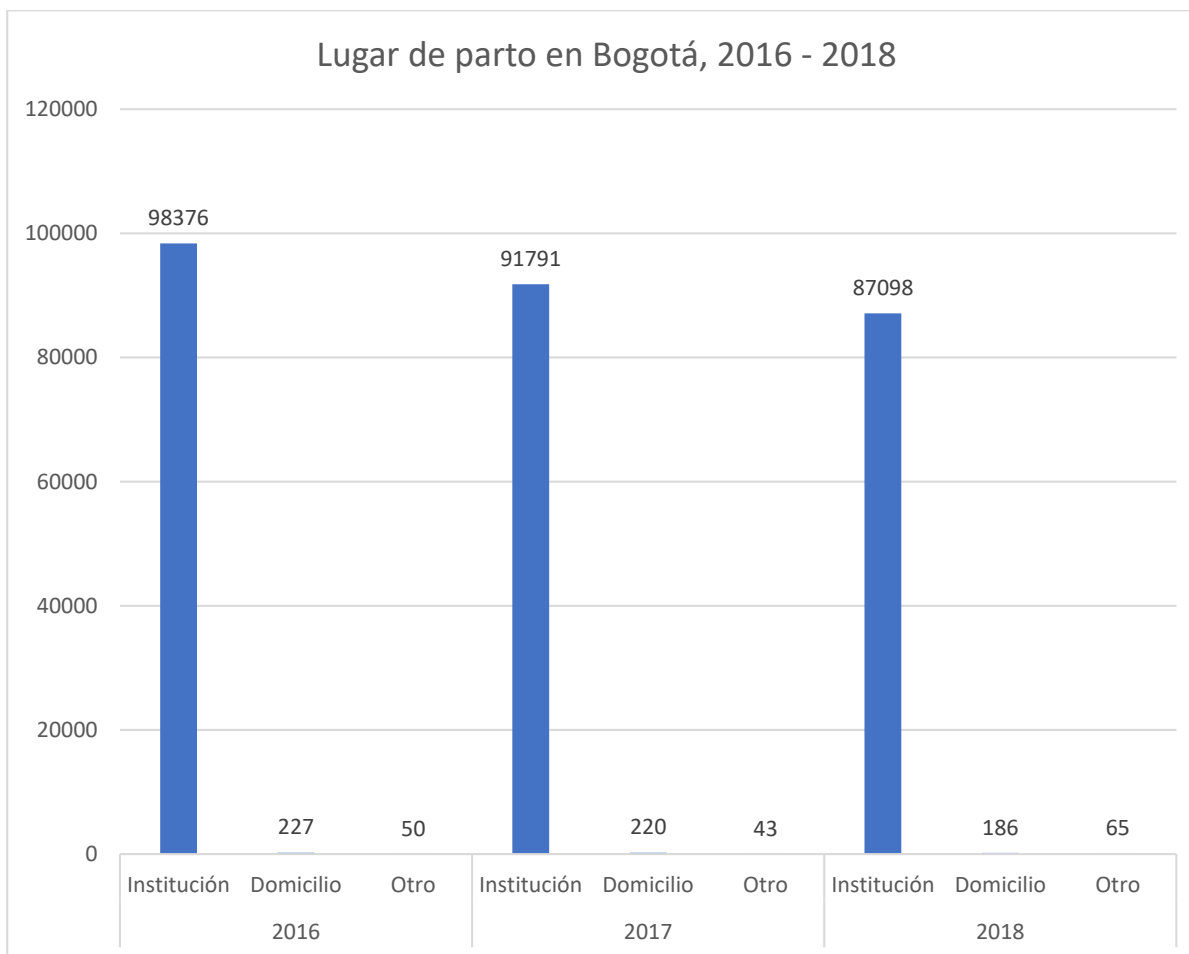
Fuente: Observatorio de Salud de Bogotá. (2020). Elaboración propia

⁴⁸ Observatorio de Salud de Bogotá. (2020). Nacimientos según tipo y sitio del parto en Bogotá D.C.

http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/osb_ofertasrv-partos/

Así mismo, el lugar en donde la gran mayoría de los partos suele tener lugar es una institución de salud, corroborando en términos generales los datos suministrados por el DANE, y mostrando la prevalencia de los partos institucionalizados en la ciudad (Observatorio de Salud de Bogotá, 2020):

Gráfico 6.



Fuente: Observatorio de Salud de Bogotá. (2020). Elaboración propia

Ahora bien, la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁴⁹ indica, de forma más detallada, que el parto espontáneo es el tipo de parto más común durante el 2019, así como en el periodo entre enero y noviembre de 2020. Así mismo, el parto espontáneo es bastante recurrente en la mayoría de las Localidades de Bogotá, a excepción de las Localidades de Usaquén, Chapinero y Teusaquillo (con Barrios Unidos presentando un número mayor de partos por cesáreas en el periodo de enero a noviembre de 2020):

⁴⁹ Esta información es obtenida a partir de la respuesta Número 2020 EE99086 O 1 del 29 de diciembre de 2020 al Derecho de Petición 2020EE13508, donde se solicitó información acerca de: la implementación de la Ruta Integral de Atención en salud materno perinatal y atención al parto; cantidad de partos y tipo así como del lugar de atención en enero de 2019 a noviembre del 2020; casos de Morbilidad Materna Extrema – MME y de mortalidad materna para el mismo periodo; y postura sobre procedimientos que deberían incluirse en la atención y asistencia al parto.

Tabla 1. Número total de partos atendidos en Bogotá, por localidad y tipo de parto.

LOCALIDAD	2019				ENERO-NOVIEMBRE 2020				
	ESPONTÁNEO	CESÁREA	INSTRUMENTADO	TOTAL	ESPONTÁNEO	CESÁREA	INSTRUMENTADO	IGNORADO	TOTAL
01-USAQUEN	2344	2698	153	5195	1890	2183	179		4252
02-CHAPINERO	676	867	66	1609	537	801	66		1404
03-SANTAFE	992	641	40	1673	835	549	39		1423
04-SAN CRISTOBAL	2595	1631	92	4318	2192	1539	80		3811
05-USME	2887	1685	79	4651	2410	1565	55		4030
06-TUNJUELITO	1203	925	43	2171	1087	783	32		1902
07-BOSA	5243	3462	173	8878	4408	3304	179		7891
08-KENNEDY	6494	5054	272	11820	5581	4398	231		10210
09-FONTIBON	1782	1659	100	3541	1437	1333	101		2871
10-ENGATIVA	3922	3579	215	7716	3405	3025	186		6616
11-SUBA	6064	5555	336	11955	5295	4758	267		10320
12-BARRIOS UNIDOS	634	616	33	1283	575	579	40		1194
13-TEUSAQUILLO	535	711	46	1292	456	561	42		1059
14-LOS MARTIRES	754	524	37	1315	671	422	34		1127
15-ANTONIO NARIÑO	526	409	13	948	530	337	29		896
16-PUENTE ARANDA	1265	1092	63	2420	1049	925	54		2028
17-LA CANDELARIA	140	132	3	275	121	75	5		201
18-RAFAEL URIBE URIBE	2651	1817	92	4560	2378	1597	84		4059
19-CIUDAD BOLIVAR	5402	3395	147	8944	4809	2988	145	1	7943
20-SUMAPAZ	11	5		16	20	16			36
SIN INFORMACION	47	38	1	86	38	38	2		78
Total general	46167	36495	2004	84666	39724	31776	1850	1	73351

FUENTE 2019: Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-corte (10-01-2020)-ajustada 15-01-2020

FUENTE 2020: Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-corte (09-12-2020)-ajustada 15-12-2020

Tomado de: Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020).

Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁵⁰ señala que en el año de 2019, así como en el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2020, los nacimientos en la ciudad de Bogotá tuvieron lugar de forma considerablemente mayoritaria en las instituciones de salud. Tanto en el 2019 como entre enero y noviembre de 2020, las localidades con el mayor número de partos atendidos en instituciones de salud fueron Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar. A su vez, los partos en los domicilios fueron más frecuentes en las Localidades de Ciudad Bolívar, Suba, Kennedy, Bosa y Usme en ambos periodos:

⁵⁰ Ver nota de pie de página número 26.

Tabla 2. Nacimientos totales por localidad de residencia - Sitio del parto 2019 – 2020

LOCALIDAD	2019				ENERO-NOVIEMBRE 2020			
	INSTITUCIÓN DE SALUD	DOMICILIO	OTRO SITIO	Total general	INSTITUCIÓN DE SALUD	DOMICILIO	OTRO SITIO	Total general
01. USAQUEN	5192	3		5195	4247	4	1	4252
02. CHAPINERO	1608	1		1609	1401	2	1	1404
03. SANTA FE	1669	4		1673	1419	3	1	1423
04. SAN CRISTOBAL	4310	7	1	4318	3805	5	1	3811
05. USME	4633	16	2	4651	4015	10	5	4030
06. TUNJUELITO	2163	6	2	2171	1894	5	3	1902
07. BOSA	8856	15	7	8878	7859	25	7	7891
08. KENNEDY	11791	19	10	11820	10186	19	5	10210
09. FONTIBON	3539	2		3541	2865	4	2	2871
10. ENGATIVA	7703	8	5	7716	6605	9	2	6616
11. SUBA	11940	14	1	11955	10299	16	5	10320
12. BARRIOS UNIDOS	1280	2	1	1283	1191	3		1194
13. TEUSAQUILLO	1290	2		1292	1058	1		1059
14. LOS MARTIRES	1311	3	1	1315	1117	8	2	1127
15. ANTONIO NARIÑO	946	1	1	948	895		1	896
16. PUENTE ARANDA	2415	4	1	2420	2024	3	1	2028
17. LA CANDELARIA	273	2		275	201			201
18. RAFAEL URIBE URIBE	4551	7	2	4560	4049	9	1	4059
19. CIUDAD BOLIVAR	8915	21	8	8944	7913	23	7	7943
20. SUMAPAZ	16			16	36			36
99. SIN DATO	85	1		86	78			78
Total general	84486	138	42	84666	73157	149	45	73351

FUENTE 2019: Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-corte (10-01-2020)-ajustada 15-01-2020

FUENTE 2020: Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-corte (09-12-2020)-ajustada 15-12-2020

Tomado de: Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020).

La morbilidad materna extrema (MME)⁵¹, por otro lado, ha presentado un aumento en el número de casos en el Distrito en el período comprendido entre el año 2012 a 2019, si bien el Observatorio Distrital explica que el aumento de casos se debe ante todo al fortalecimiento del sistema de vigilancia

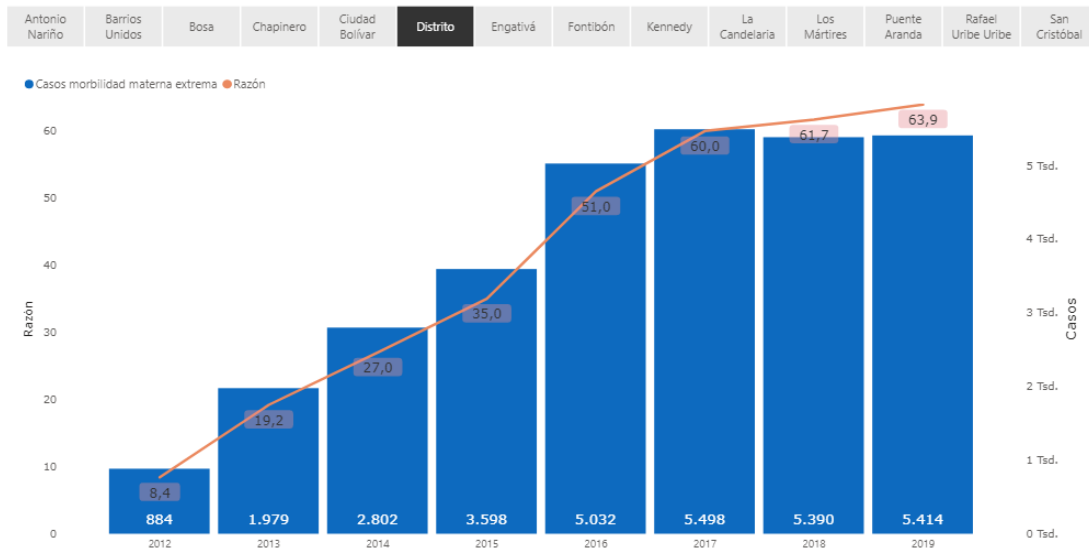
⁵¹ La morbilidad materna extrema es definida como el estado en el cual una madre gestante estuvo a punto de perder la vida por una complicación durante el embarazo, durante el parto o en los 42 siguientes al parto, habiendo sobrevivido a tal complicación. Ver: Observatorio Distrital de Salud (2020). Razón de morbilidad materna extrema en Bogotá D.C.

<http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/morbilidadmaternaextrema/>

de la MME en el Distrito, permitiendo una oportuna y nutrida capacidad de detección, permitiendo reducir la mortalidad materna. Esta reducción se hace evidente al mirar a continuación el comportamiento de la mortalidad materna en el Distrito:

Gráfico 7.

Razón de morbilidad materna extrema en Bogotá D.C.



Tomado de: Observatorio de Salud de Bogotá. (2020).

Cifras arrojadas por el Instituto Nacional de Salud (2020) indican que en Bogotá a corte de julio de 2019 hubo 2863 casos de MME en la ciudad, siendo los trastornos hipertensivos la principal causa por los casos de MME, tal y como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 17.

Entidad territorial	Número de casos	Trastornos hipertensivos	Complicaciones hemorrágicas	Complicaciones del aborto	Sepsis de origen obstétrico	Sepsis de origen no obstétrico	Sepsis de origen pulmonar	Enfermedad base	Otra
Bogotá	2863	5,6	1,4	0,1	0,5	0,0	0,0	0,1	0,2

Fuente: Instituto Nacional de Salud (2020). Elaboración propia.

Cifras arrojadas por la Rodríguez Alfonso (n.d.)⁵², muestran de forma más detallada los casos de Morbilidad Materna Extrema – MME en el periodo de enero a octubre de 2018 – 2019. Los mismos evidencian que las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar, presentan el mayor número de casos en la ciudad.

Tabla 18.

LOCALIDAD	CASOS	PORCENTAJE
1- Usaquén	223	4,78%
2- Chapinero	80	1,71%
3- Santafé	123	2,64%
4- San Cristóbal	249	5,34%
5- Usme	251	5,38%
6- Tunjuelito	128	2,74%
7- Bosa	471	10,09%
8- Kennedy	713	15,28%
9- Fontibón	187	4,01%
10- Engativá	351	7,52%
11- Suba	696	14,92%
12- Barrios Unidos	58	1,24%
13- Teusaquillo	67	1,44%
14- Los Mártires	75	1,61%
15- Antonio Nariño	54	1,16%
16- Puente Aranda	118	2,53%
17- La Candelaria	16	0,34%
18- Rafael Uribe Uribe	300	6,43%
19- Ciudad Bolívar	483	10,35%
20- Sumapaz	1	0,02%
Sin Datos	22	0,47%
TOTAL	4666	100,00%

Fuente: Rodríguez Alfonso – Secretaría Distrital de Salud. (n.d.). Elaboración propia

⁵² Rodríguez Alfonso, C. (n.d.). Estrategias Distritales como aporte en la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en Bogotá D.C. “Ángeles Guardianes”. (Presentación de Power Point). Secretaría Distrital de Salud.

http://190.25.230.149/cdeis_rias/Rias/Estrategias_dist_S_materno_perinatal.pdf

A su vez, y de acuerdo con la respuesta hecha por la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁵³, la Morbilidad Materna Extrema – MME en el Distrito para los años 2019 y 2020 son como sigue:

Tabla 3. Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema, por localidad de residencia:
Bogotá, D.C. Enero 2019 – Noviembre 2020p

LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
1-USAQUEN	274	52,7	206	48,4
2-CHAPINERO	88	54,7	67	47,7
3-SANTAFE	135	80,7	120	84,3
4-SAN CRISTOBAL	298	69,0	285	74,8
5-USME	280	60,2	289	71,7
6-TUNJUELITO	142	65,4	118	62,0
7-BOSA	555	62,5	521	66,0
8-KENNEDY	857	72,5	707	69,2
9-FONTIBON	223	63,0	208	72,4
10-ENGATIVA	407	52,7	378	57,1
11-SUBA	796	66,6	615	59,6
12-BARRIOS UNIDOS	75	58,5	79	66,2

LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
13-TEUSAQUILLO	83	64,2	59	55,7
14-LOS MARTIRES	84	63,9	86	76,3
15-ANTONIO NARIÑO	66	69,6	62	69,2
16-PUENTE ARANDA	137	56,6	114	56,2
17-LA CANDELARIA	17	61,8	34	169,2
18-RAFAEL URIBE	337	73,9	290	71,4
19-CIUDAD BOLIVAR	519	58,0	550	69,2
20-SUMAPAZ	1	62,5	4	111,1
SIN DATO DE LOCALIDAD	18	209,3	35	448,7
TOTAL	5392	63,7	4827	65,8

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2019 - Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549 Año 2020 (preliminar). FUENTE 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND. datos PRELIMINARES - FUENTE 2019: SDS- RUAF_ND. datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020

Tomado de: Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020).

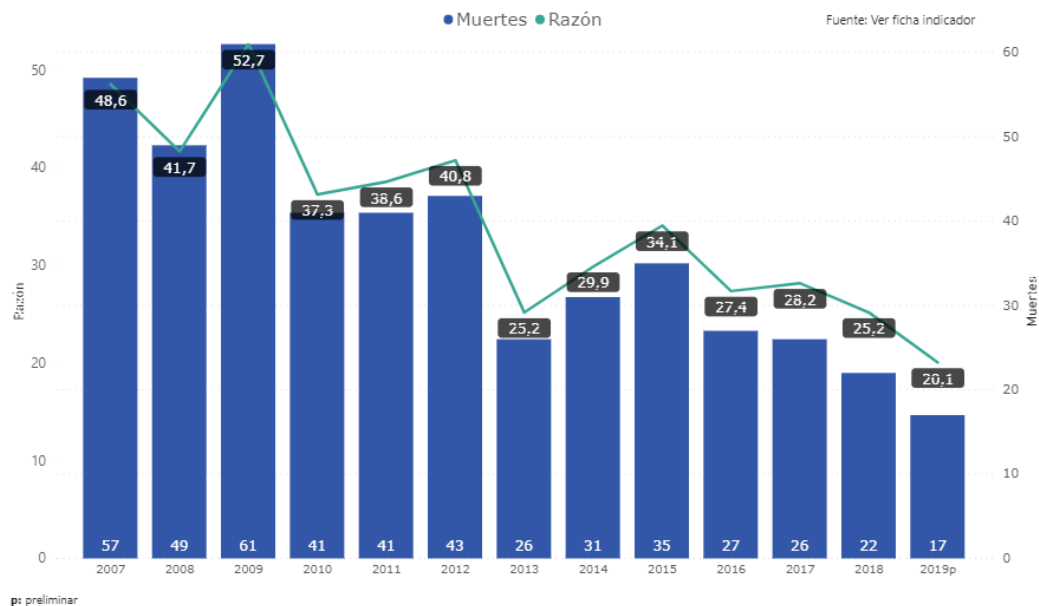
La mortalidad materna en el Distrito, a su vez, ha tenido lugar en el Distrito aunque con cifras aún más bajas en relación con el total de nacimientos por año. Adicionalmente, ha presentado una

⁵³ Ver nota de pie de página número 26.

significa reducción en los últimos 4 años, pasando de 27 casos en 2016 a 17 según los datos preliminares de 2019. Cabe también agregar que, de acuerdo con los datos presentados y que abarcan los últimos 13 años, los casos de mortalidad materna han presentado una importante reducción desde el 2009 hasta el 2019, según la información expuesta por el Observatorio de Salud de Bogotá (2020)⁵⁴:

Gráfico 8.

Razón de mortalidad materna en Bogotá D.C.



Tomado de: Observatorio de Salud de Bogotá (2020).

Y por último, cifras más detalladas de los casos de mortalidad materna para el periodo de enero a octubre de 2018 y 2019 (datos parciales), muestran que las localidades en donde se registraron la mayoría de los casos fueron Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Engativá, Suba, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar (Rodríguez Alfonso, n.d.)⁵⁵.

⁵⁴ Observatorio de Salud de Bogotá. (2020). Mortalidad Materna.

<http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/mortalidad-materna/>

⁵⁵ Rodríguez Alfonso, C. (n.d.). Estrategias Distritales como aporte en la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en Bogotá D.C. “Ángeles Guardianes”. (Presentación de Power Point). Secretaría Distrital de Salud.

http://190.25.230.149/cdeis_rias/Rias/Estrategias_dist_S_materno_perinatal.pdf

Tabla 19.

LOCALIDAD	NÚMERO DE CASOS 2018	RAZÓN	NÚMERO DE CASOS 2019	PORCENTAJE
1- Usaquén	2	44,2	0	0,0
2- Chapinero	1	73,3	1	74,7
3- Santafé	0	0,0	0	0,0
4- San Cristóbal	2	51,2	1	27,8
5- Usme	1	24,0	1	25,7
6- Tunjuelito	0	0,0	0	0,0
7- Bosa	2	26,3	3	40,5
8- Kennedy	2	19,3	2	20,2
9- Fontibón	0	0,0	0,0	33,7
10- Engativá	5	75,4	1	15,4
11- Suba	1	9,8	1	10,1
12- Barrios Unidos	0	0,0	0	0,0
13- Teusaquillo	0	0,0	0	0,0
14- Los Mártires	0	0,0	0	0,0
15- Antonio Nariño	0	0,0	0	0,0
16- Puente Aranda	0	0,0	1	49,2
17- La Candelaria	0	0,0	0	0,0
18- Rafael Uribe Uribe	1	26,1	3	79,2
19- Ciudad Bolívar	1	12,9	1	13,3
20- Sumapaz	0	0,0	0	0,0
Sin Datos	0	0,0	0	0,0
TOTAL	18	24,7	16	22,6

Fuente: Rodríguez Alfonso – Secretaría Distrital de Salud. (n.d.). Elaboración propia.

Cifras presentadas por la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁵⁶, a su vez, muestran un aumento de casos entre los años 2019 y 2020, siendo Bosa, Kennedy y Rafael Uribe Uribe las localidades con mayor número de casos de mortalidad materna en el 2019. A su vez, las Localidades de Engativá, Suba, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar presentaron el mayor número de casos en el año 2020, tal y como se muestra a continuación:

Tabla 4. Casos y razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos según la localidad de residencia de la madre. Bogotá, enero 2019 – noviembre 2020p.

LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
1-USAQUEN	0	0,0	1	23,5
2-CHAPINERO	1	68,2	0	0,0
3-SANTAFE	0	0,0	0	0,0
4-SAN CRISTOBAL	1	25,4	1	26,2
5-USME	1	23,4	1	24,8
6-TUNJUELITO	0	0,0	0	0,0
7-BOSA	3	36,8	5	63,4
8-KENNEDY	2	18,5	3	29,4
9-FONTIBON	1	30,8	0	0,0
10-ENGATIVA	1	14,1	3	45,3
11-SUBA	1	9,2	3	29,1
12-BARRIOS UNIDOS	0	0,0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	0	0,0	0	0,0
14-LOS MARTIRES	1	83,8	1	88,7
15-ANTONIO NARIÑO	0	0,0	0	0,0
16-PUENTE ARANDA	1	44,8	0	0,0
17-LA CANDELARIA	0	0,0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE	2	48,0	2	49,3
LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
19-CIUDAD BOLIVAR	1	12,2	3	37,8
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD	1		0	
TOTAL	17	21,9	23	31,4

FUENTE 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
 FUENTE 2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020

Tomado de: Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020).

⁵⁶ Ver nota de pie de página número 26.

6. MEDIDAS A NIVEL NACIONAL Y DISTRITAL

Existen varias medidas relacionadas con el embarazo en general, así como con el “parto humanizado, que se orientan bien a la atención del embarazo y sus procesos previos y posteriores, o bien están encaminadas a proveer un marco para la gestión y atención de las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo o con posterioridad al mismo. También proveen directrices para los protocolos de procedimiento y de atención para los distintos tipos de parto atendidos por los servicios de salud y por el personal cualificado que se encuentra normalmente asignado para proveer asistencia durante las labores.

Medidas a nivel Nacional

La primera de las medidas existentes a nivel Nacional es claramente la **Ley 100 de 1993**⁵⁷. Dentro de la misma se estipula, en el artículo 153, de la obligación de la familia, del Estado y de la sociedad para brindar cuidados en salud, así como protección y asistencia a todas las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva. Seguidamente, en el Artículo 157 define a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), estipulando que la población más pobre y vulnerable será subsidiada por el estado al SGSS, y con las madres gestantes y lactantes estando entre los grupos poblacionales con prioridad. El artículo 166 de dicha ley, a su vez, estipula la atención materno infantil mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) para mujeres en embarazo, cubriendo al efecto los servicios en control prenatal, la atención durante el parto, el control durante el periodo después del parto y de todas las afecciones vinculadas con la lactancia. También se cubre a las mujeres en estado de embarazo y a madres de niños menores de un año del régimen subsidiado de salud, brindando un subsidio alimentario mediante disposición del Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF). Y, por último, en el Artículo 164, se estipula que las EPS no podrán aplicar preexistencias a los afiliados, y adicionalmente, se imposibilita el establecimiento de períodos de espera para la atención del parto y de menores de un año de edad. Cabe recordar que la ley 100 tiene como objetivo el garantizar los derechos básicos y el acceso a una calidad de vida digna promedio de un sistema de seguridad social que además de proteger a dicha calidad de vida de toda contingencia negativa, busca cubrir a todos los habitantes del país de forma progresiva. Todo esto bajo los principios generales de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Una medida que comprende entre sus áreas de acción la maternidad en sí misma, es la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003**⁵⁸, la cual plantea la estrecha relación entre la sexualidad y la reproducción con la calidad de vida en sus ámbitos individual como social, siendo la salud sexual y reproductiva (SSR) como el estado de general físico, mental y social y en donde se pueden ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Gozar de un buen estado de SSR significa poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, de elegir si procrear o no, entre otras. Para lo que aquí corresponde, un buen estado de SSR también implica el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, así como el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos atinentes a la sexualidad y la reproducción.

⁵⁷ Congreso de la República de Colombia. (Diciembre 23 de 1993) “Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” [Ley 100 de 1993]. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

⁵⁸ Londoño de la Cuesta, J. (Febrero de 2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de la Protección Social. https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf

Dicha política tuvo como objetivo el mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población y con un hincapié en la reducción de factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, el estímulo de factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas entre sus objetivos están el impulsar medidas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como estimular la atención institucional en temas prioritarios de SSR, ampliar la cobertura en el SGSS en población con factores de vulnerabilidad en SSR, el fortalecer la red de servicios del país, implementar acciones de vigilancia y control de la gestión, desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de eventos que afectan al SSR, fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como medio para conocer el estado de la SSR, promover la investigación en SSR para la toma de decisiones, el desarrollar acciones que vinculen a varios sectores e instituciones para impactar problemas en SSR, y aprovechar las redes sociales para el intercambio de información y apoyo solidario.

Entre sus metas se encuentra la maternidad segura, con la intención de reducir en un 50% la tasa de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y las complicaciones propias de tales, así como fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal. Es también la maternidad segura una de sus principales líneas de acción, y que busca garantizar a la mujer un proceso de gestación sano junto con las mejores condiciones para el recién nacido o nacida, mediante una adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, parto y posparto, y un manejo de riesgos asociados a la maternidad tanto en la madre como en el hijo. También se apunta a brindar tratamiento a todas las complicaciones producto de factores biopsicosociales que puedan emerger. Para esto, se plantearon 6 estrategias específicas: la promoción de la maternidad segura mediante estrategias de IEC, la coordinación intersectorial e interinstitucionales, el fortalecimiento de la participación, la potenciación de las redes sociales de apoyo, y el desarrollo de investigación.

La segunda medida tomada (y que entra a su último año en el 2021) es el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021**⁵⁹, teniendo como enfoques y modelo conceptual los siguientes: enfoque de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, poblacional, y modelos de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, el PDSP 2012 – 2021 tiene 4 dimensiones de abordaje, siendo tales el curso de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y la perspectiva de los determinantes sociales; otras dimensiones adicionales y de orden prioritario son éstas de salud ambiental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, convivencia social y salud mental, vida saludable y enfermedades transmisibles, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud laboral. Y como líneas operativas tiene 3 principales: la línea de promoción de la salud, la línea de gestión del riesgo en salud, y la línea de gestión de la salud pública. Estas disposiciones definen los objetivos estratégicos del PDSP 2012 – 2021, los cuales son tres. El primero es el avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud en el territorio nacional. El segundo es el mejorar las condiciones de vida y salud de la población. Y el tercero es el lograr una cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Para la temática de nuestro Proyecto de Acuerdo, la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos es definida como la serie de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan el

⁵⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública – PDSP, 2012 – 2020. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

ejercicio libre e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades, y el desarrollo social de grupos y comunidades. En este sentido, la dimensión tiene por objetivo el promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral. Uno de los componentes de esta dimensión es la de prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, teniendo 5 objetivos de los cuales 2 se relacionan con el objeto del presente Proyecto. El primero es el garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva mediante la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde enfoques de derechos, de género y diferencial, y el segundo es el desarrollo e implementación de estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y puerperio, así como de la prevención del aborto inseguro. Y entre sus metas busca que la mortalidad materna evitable sea de menos de 150 muertes, que el 95% de las mujeres gestantes tengan 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales, y que el 80% de las madres gestantes ingresen al control prenatal antes de la semana 12 de gestación.

Una de las estrategias es el abordaje de la mujer antes, durante y después del parto, lo cual incluye el fortalecer la inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de inducción a la demanda, atención integral y acceso a servicios; el desarrollo de tecnologías de información y comunicación; empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para el seguimiento de las rutas de atención; una Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud que implica la incorporación de los enfoques de derechos, de género y diferencial junto con las estrategias de fortalecimiento del acompañamiento de la pareja o un integrante de la red social de apoyo durante la gestación, parto y puerperio; vigilancia en salud pública de la morbilidad extrema; y el fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y calidad antes, durante y después del parto.

También se tiene la **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**⁶⁰, presentada de forma oficial en el 2014 y con vigencia hasta el 2021, toma como base el ya señalado Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ésta se fundamenta en un enfoque de derechos con enfoque en lo sexual lo reproductivo, y en un concepto ampliado de la sexualidad junto con un enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida. Esto, con el fin de proponer acciones de Estado tales como la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Además, se estipula que los derechos sexuales y reproductivos sean considerados de forma independiente sin desconocer sus varias interrelaciones, buscando siempre el bienestar general y su impacto positivo en el desarrollo de las personas a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la libertad humana junto con un especial énfasis en el autocuidado. El objetivo general, por consiguiente, es direccionar el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública y que incluya el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre e igualitaria, así como la transformación de lugares, conceptos e imaginarios donde se piensa y vive la sexualidad y no sólo enfocada en la prevención del riesgo de enfermedad. Los objetivos específicos son, a su turno, tres: Primero, la

⁶⁰ Gaviria Uribe, A. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

promoción de la salud mediante de los derechos sexuales y reproductivos; segundo, gestionar el riesgo de salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva; y tercero, gestionar la salud pública mediante acciones en salud sexual y salud reproductiva.

En este orden de ideas, esta política tiene como propósito el orientar el desarrollo de las acciones sectoriales e intersectoriales en el tema de la sexualidad y la garantía del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos bajo el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

Esta política tiene como principios: la sexualidad como una condición humana; la igualdad y la equidad; la diversidad y la no discriminación; la diferenciación entre sexualidad y reproducción; la libertad sexual y reproductiva; la vinculación entre derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo; el reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos; la responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción; la integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; y la armonización con y entre instrumentos nacionales e internacionales en torno al objeto de esta política.

Para el objeto de interés del Presente Proyecto de Acuerdo, la Política como una de las acciones concretas:

- Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de sexualidad y reproducción para los prestadores de servicios de salud como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconceptionales, de anticoncepción, IVE, **control prenatal, atención del parto y postparto**, detección de SIDA y enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y de género, entre otros.
- **Garantizar la atención de procesos reproductivos, incluido el parto por personal debidamente formado y con título en los conocimientos y técnicas específicas disponibles para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención institucional o alternativa con la debida adecuación para responder a las posibles contingencias, facilitando la participación de la familia y al expresión afectiva de roles de paternidad y maternidad desde el inicio.**
 - Una actividad contemplada para este fin es el identificar las necesidades, gustos y deseos frente a las opciones de atención en la maternidad y paternidad, en aras de diseñar nuevas ofertas de servicios tales como la gestación planificada, el trabajo de parto y parto acompañado, puerperio y adaptación del recién nacido, todos bajo supervisión de personal especializado.
 - Una segunda actividad contempla la formación del personal asistencial, en todos los niveles, para la atención tradicional o alternativa junto con el abordaje solidario de las familias en los procesos de maternidad y paternidad.
 - Otra actividad en este sentido es el involucramiento de las comunidades para la construcción de ofertas de servicios relativos a la gestación, el parto y puerperio que sean más acordes con sus circunstancias y contextos territoriales. Esto implica la coexistencia entre las formas occidentales y ancestrales en la atención de la gestación, parto y puerperio.
 - Una última actividad involucra el uso de evidencia científica relacionada con las diferentes opciones y alternativas para la atención del parto, incluyendo una formación a parteras en instituciones oficializadas para esto, y el parto en casa para la adecuación de normas de atención y superación de exclusividad médica.

La **Ley 1751 de 2015** también actúa como marco general al buscar garantizar el derecho a la salud para toda la población del país⁶¹. Dicha ley estipula que es deber del Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la adopción de todas las medidas necesarias para su garantía, velando también por la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad e idoneidad del servicio y de los profesionales, además de velar que los principios de universalidad, la interpretación favorable de toda ley hacia la protección de dicho derecho, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la progresividad, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, y principios de orden diferencial y étnico. Esta legislación también estipula que los sujetos de especial protección son los niños, niñas y adolescentes, *las mujeres en estado de embarazo*, las personas desplazadas y víctimas de la violencia y del conflicto armado, la población de adultos mayores, personas en discapacidad y enfermedad y recibiendo atención en salud sin restricción alguna. Además, estipula que las mujeres en estado de embarazo gozarán de medidas para garantizar el acceso a servicios de salud requeridos durante y después del embarazo (Art. 11).

También se desarrolló una **Guía De Atención Segura para la Gestante y el Recién Nacido**, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social (n.d.)⁶². La misma tiene como objetivo general el fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la madre gestante y del recién nacido, así como las habilidades en prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud y así prevenir y disminuir errores y riesgos durante la atención. Sus objetivos específicos comprenden: identificar errores o fallas más comunes y de gran impacto en la atención a la madre gestante y al recién nacido; identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que dan pie a errores o fallas en la atención; identificar las barreras o mecanismos de seguridad más eficaces y cuya aplicación mitigue las fallas en la atención; identificar mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras y para la disminución de fallas en la atención; y presentar las experiencias exitosas como guía para prácticas seguras. En este sentido, dicha guía plantea como metas de aprendizaje: identificar y analizar los factores que contribuyen a la aparición de acciones inseguras o fallas, y ayuda a identificar fallas potenciales de cultura y procesos organizacionales; identificar y proponer nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente; implementar y aplicar buenas prácticas (que involucren a los actores implicados) y que favorezcan una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente; y asumir el reto del trabajo y aporte en equipos interdisciplinarios.

La **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**⁶³, adoptada mediante la **Resolución 429 de 2016**, busca orientar el sistema de salud hacia la generación de mejores condiciones de la salud de la población nacional por medio de la regulación de las condiciones de intervención hacia el acceso a los servicios de salud, con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) siendo el factor de primacía para la formulación e implementación de las políticas de salud. También usa el marco de

⁶¹ Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” [Ley 2751 de 2015].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

⁶² Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). Garantizar la Atención Segura de la Gestante y el Recién Nacido. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

⁶³ Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

los determinantes sociales del PDSP 2012 -2021. En este orden de ideas, la Política tiene cuatro estrategias, siendo la primera y la básica la Atención Primaria en Salud (APS), integrando las necesidades poblacionales, la respuesta del sistema y los recursos disponibles, teniendo a su vez un enfoque familiar y comunitario. La segunda es el cuidado tanto por el individuo como por el Estado para la protección de la salud (desde el nivel individual hasta la comunidad y el medio ambiente). La tercera es la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) para minimizar el riesgo. Y la cuarta es el enfoque diferencial en la atención en el sistema de salud. En ésta última se contemplan aspectos diferenciales poblacionales con un fuerte acento en las condiciones de vulnerabilidad y vulneración, y prestando atención a población específica, como minorías étnicas, población con discapacidad, niños y niñas, mujeres gestantes, adultos mayores, víctimas, desmovilizados entre otros. También se contemplan aspectos diferenciales territoriales.

De esta política se desprende el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**, el cual es el modelo operacional de la PAIS y que facilita la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementa la capacidad de resolución de los servicios y permite el flujo de información, usuarios y servicios de forma efectiva y acorde con las funciones y competencias de cada entidad. Toma como base 10 componentes operacionales basados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), y con un enfoque territorial. En ese sentido las direcciones territoriales de salud han de usar como base el Análisis de la Situación de Salud Territorial (ASIS) para poder identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. En cuanto a las RIAS, existen tres. La primera es la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, tenido un enfoque de edad y con las acciones orientadas a los entornos donde transcurre la vida y el desarrollo de las personas. Esto incluye el manejo de riesgos colectivos y la protección de la salud de la población mediante la promoción de entornos saludables. La segunda es la ruta de grupo de riesgo, incorporando las actividades individuales y colectivas y orientándose a la identificación de factores de riesgo e interviniendo en los mismos casos, con tal de evitar la aparición de algún problema de salud, o para efectuar un diagnóstico y derivación oportuna para el tratamiento. Y la tercera es la ruta específica de atención, abordando las condiciones específicas de salud, incorporando actividades individuales y colectivas. Se contemplan 16 grupos de riesgo, siendo uno de ellos la Población en condición materno – perinatal y cubriendo eventos tales como la hemorragia, los trastornos hipertensivos complicados, las infecciones, endocrinológicas y metabólicas genéticas, bajo peso, prematurez, la asfixia, y la IVE. Y comprenden cuatro componentes: la gestión en salud pública, la promoción de la salud, las acciones en los entornos, y las acciones individuales.

La **Resolución 3280 de 2018** adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal – RIAMP. Dicha ruta tiene el propósito de contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud materna y perinatal, mediante atención integral en salud y la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales. Su población objetivo son las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las madres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta después de nacido 7 días después. El objetivo general de la RIAMP es, por ende, establecer las condiciones técnicas y operativas de cumplimiento obligatorio para la atención en salud de todos los recién nacido y las mujeres en todas las etapas del parto y también después del parto. Los objetivos específicos, a su vez, son cuatro: Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la RIAMP; identificar y gestionar de forma oportuna las vulnerabilidades, los factores de riesgo, los riesgos acumulados y las alteraciones que incidan en la madre gestante y el recién nacido; afectar positivamente los entornos, familiar y redes para que sean protectores y potenciadores de salud en madres gestantes y recién nacidos; y realizar el seguimiento a los

resultados en salud esperados en la población objetivo. Como acciones específicas de la RIAMP, se tienen las intervenciones colectivas, las intervenciones individuales (y que incluyen la atención para cuidado preconcepcional, la interrupción voluntaria del embarazo, la atención para el cuidado prenatal, el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención en salud bucal, atención para la promoción de alimentación y nutrición, atención del parto, atención del puerperio, la atención de emergencias obstétricas, la atención para el cuidado del recién nacido, la atención de complicaciones perinatales y/o postnatales, y la atención al seguimiento al recién nacido), la atención a las familias, y las orientaciones para el despliegue e implementación de la RIAMP.

Para el objeto de interés del presente Proyecto de Acuerdo, se observarán de forma más cercana las acciones de curso de preparación para la maternidad y paternidad, la atención del parto y la atención a las familias. En cuanto a la primera acción, ésta plantea un proceso de educación con la madre gestante, su compañero, los hijos e hijas, la familia o la persona que la madre gestante considere la más cercana, y así desarrollar las capacidades necesarias para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el postparto. Plantea como objetivos el desarrollar capacidades en las madres gestantes, sus parejas y familias, para la comprensión de los cambios físicos, sociales y psicológicos del embarazo, y así promover el cuidado de la salud y se reduzca el riesgo de morbilidad y mortalidad. Y el segundo, es desarrollar las capacidades en las madres gestantes, padres y familias para vivir la gestación, el parto, puerperio y cuidado del neonato de forma sana y psicológicamente armoniosa. Estas preparaciones incluyen personal de psicología, nutrición, terapia física, medicina general y medicina especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de otros profesionales, y bajo el liderazgo de enfermería.

En cuanto a la segunda acción, se define como los procedimientos para el acompañamiento y asistencia de mujeres en gestación y sus familias o acompañantes. Esto incluye un plan que incluya el lugar, la institución y el proveedor que asistirá durante el parto. Debe tener claridad para la mujer y su acompañante, y su familia para tener clara la información acerca de trámites o elementos el día de la admisión e información de síntomas de alarma. Esto exige que las instituciones que atiendan el parto han de estar adecuadas y equipadas para la atención del recién nacido y con personal disponible para atender a la madre y al hijo. Esta acción plantea dos objetivos: el primero, brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el trabajo de parto y parto, **para dar lugar a una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos**. Y el segundo, reducir y controlar complicaciones del proceso de parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y puerperio. Y respecto a la tercera acción, se incluye la atención a las familias como soporte del desarrollo al desarrollo y proceso de la gestación y donde se resalta el papel de la pareja y los allegados (amigos y amigas, vínculos culturales- religiosos y comunitarios). Esto incluye también formación educativa, con los objetivos de: primero, fortalecer los vínculos, redes y relaciones de cuidado y así estar orientados a promover relaciones de cuidado mutuo, disposición para el apoyo y acompañamiento a las madres gestantes y sus familias, y aún su entorno comunitario. Segundo, fortalecer las capacidades de la familia para el cuidado de la estante y el neonato.

La **Resolución 2626 de 2019** modifica la PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE⁶⁴, al percibirse una brecha existente entre los territorios y dentro de los mismos, además de

⁶⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. (Septiembre 27 de 2019) “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral – MAITE

surgir de la necesidad de articular los componentes y acciones del SGSSS, así como para dar garantía de acceso al derecho a la salud mediante el complemento de la Política PAIS con acciones de índole territorial y por ende basadas en las dinámicas y prioridades de salud de los territorios. Se basa en la APS. El MAITE tiene como objetivos el garantizar el acceso pleno al derecho de la salud en los territorios; el fortalecer a las autoridades sanitarias territoriales, la articulación de los agentes del sistema de salud y actores territoriales; ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades particulares de territorios y sus poblaciones; y mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera. Sus líneas de acción son 8: Aseguramiento; Salud Pública; Prestación de Servicios de Salud; Talento Humano en Salud; financiamiento; Enfoque Diferencial; Intersectorialidad; y Gobernanza en Salud.

Medidas a nivel Distrital

A nivel distrital, se tienen también varias políticas y medidas que permiten al Distrito definir y gestionar la atención al parto y postparto.

La primera de éstas es la **Política Distrital de Maternidad de 2007: “Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal”**⁶⁵. Dicha política formuló como ideas marco el garantizar la vida de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como el del recién nacido como un derecho humano fundamental; transformar la institucionalidad para la atención integral de las madres gestantes y los neonatos mediante un fortalecimiento del talento humano y de la infraestructura; la visibilización de la mujer gestante como protagonista social desarrollando mecanismos institucionales y comunitarios que aseguren su participación directa en la toma de decisiones de las políticas públicas; aseguramiento del acceso, inclusión y equidad garantizados tanto de la madre gestante como del recién nacido y la familia; y el fortalecimiento de las redes de servicio junto con las redes sociales en la transformación de las prácticas en toma de decisiones para el cuidado, el acceso, la atención y la generación de vínculos sostenidos de salud materna y perinatal.

Sus principios, a su turno, son: el acceso universal a la atención integral, la igualdad en planes de beneficios, la identificación de necesidades sociales para garantizar la equidad, y el respeto a la autonomía de familias y madres gestantes. Sus enfoques son: familiar, ciclo vital, enfoque promocional, perspectiva de género, la atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, y la perspectiva de derechos y derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, la política de maternidad de 2007 plantea como objetivo general garantizar la calidad de vida y salud de la mujer gestante, el recién nacido y sus familias mediante una estrategia promocional teniendo en cuenta los procesos de atención, prevención, promoción y sociales en cooperación con los deberes, experiencias y acciones de los actores sociales involucrados, y que activen la solidaridad, equidad, igualdad y la defensa de la vida. Como objetivos específicos se plantearon: primero, consolidar las redes de servicio y redes sociales para facilitar el acceso a la salud, la calidad de la atención, el desarrollo de corresponsabilidad, participación y construcción conjunta de iniciativas que promuevan la salud de madres gestantes, neonatos y las familias.

[Resolución Número 2626 de 2019].

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

⁶⁵ Secretaría Distrital de Salud. (Mayo 2007). Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20salud%20materna%20mayo%20de%202007.pdf>

Segundo, el generar abogacía y movilización social con organismos de cooperación internacional, sociedad civil, universidades y asociaciones científicas para el desarrollo de estrategias y acciones sostenidas. Tercero, fortalecer la vigilancia y control, así como la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal para el mejoramiento de la atención a la madre gestante y el recién nacido. Y cuarto, promover el sentido de responsabilidad en la comunidad frente a la salud de neonatos y las madres y familias gestantes mediante procesos que permitan el empoderamiento.

Las estrategias planteadas para el cumplimiento de los mencionados objetivos son 8: el uso extensivo de redes tanto de servicio en maternidad como de las redes sociales en salud materno-infantil; el uso de redes sociales materna e infantil con enfoque intersectorial y comunitario; las redes de servicios materno perinatales; la intersectorialidad para planeación, coordinación e identificación de estrategia conjuntos entre sectores y organizaciones institucionales y sociales; mejoramiento de la calidad de la atención; la información para la toma de decisiones; la comunicación para las transformaciones de prácticas sociales en salud materna e infantil; y el fortalecimiento de la gestión institucional.

En el Distrito se han elaborado varias guías de tratamiento y atenciones específicas para ciertos factores de riesgo o eventos dentro del proceso del parto y postparto.

La primera de dichas guías es la **Guía de hemorragia posparto – Código Rojo**⁶⁶, emitida en el 2014. Dicha guía apunta a proveer de directrices para el manejo de la hemorragia durante el embarazo y sus efectos mortales en madres gestantes del Distrito por parte del personal, de forma ordenada y coordinada. Como tal, su objetivo general es implementar una guía que unifique el diagnóstico y la hemorragia postparto y así contribuir a reducir la mortalidad materna asociada a ésta. Los objetivos específicos son, a su vez: protocolizar las mejores prácticas para el manejo de la hemorragia tras el parto; facilitar el reconocimiento de al paciente con hemorragia postparto e introducir el diagnóstico rutinario y objetivo del choque hipovolémico; disminuir la tasa de morbilidad materna por hemorragia durante la atención del parto; proporcionar las herramientas y sensibilizar a los profesionales en salud para una implementación oportuna y adecuada de tratamientos; y establecer medidas universales para la prevención de la hemorragia tras el parto.

Otra guía es la **Guía de trastornos hipertensivos del embarazo**⁶⁷, del 2014. Esta guía busca dar atención a los casos de las alteraciones hipertensivas que emergen durante el embarazo y que dan lugar a complicaciones. Su objetivo general es el diagnosticar y controlar de forma oportuna las complicaciones por hipertensión del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad de ser necesario. Sus objetivos específicos son: identificar los factores de riesgo; adoptar de forma oportuna las medidas farmacológicas que contribuyen a la prevención de factores de riesgo; disminuir la morbilidad materna y perinatal extrema; disponer de un instrumento que facilite el seguimiento y mejoramiento continuo; racionalizar costos; unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención para el uso racional de recursos brindando un buen servicio; e identificar de forma temprana los criterios diagnósticos.

⁶⁶ Secretaría Distrital de Salud. (2014). Guía de hemorragia posparto – Código Rojo. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Codigo%20Rojo_7A.pdf

⁶⁷ Secretaría Distrital de Salud. (2014). Guía de trastornos del embarazo. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf

Otra guía es la **Guía de sepsis en obstetricia**⁶⁸, también del 2014. Dicha guía busca brindar lineamientos para la atención y gestión de la sepsis obstétrica, o la infección pélvica, complicación recurrente en especial durante la cesárea.

Existe también la **Guía de control prenatal y factores de riesgo**⁶⁹, de 2013, que se orientaría a dar atención y gestión a los factores de riesgo que pueden desembocar en morbilidad o mortalidad materna. En este sentido, el objetivo general es unificar los criterios de diagnóstico, manejo e intervención para que los recursos se usen de forma racional bajo parámetros ópticos de calidad. Los objetivos específicos son el identificar e intervenir de forma oportuna los principales factores de riesgo materno y perinatal; establecer parámetros que guían la forma en cómo se realiza el control prenatal; disminuir la morbilidad materna y perinatal; y disponer un instrumento que facilite la evaluación, seguimiento y ajuste de la red de atención materna y perinatal. Para esto, la guía plantea las siguientes estrategias: capacitar al personal de salud de las instituciones prestadoras de salud en acciones preventivas y asistenciales, y aspectos ético-legales relacionados con la atención materno perinatal y acciones de cada nivel de atención; realizar actividades educativas de mantenimiento de la salud y el autocuidado; captar tempranamente a pacientes mediante la creación de una conciencia de vulnerabilidad que permita una autoevaluación del riesgo; desarrollar canales eficientes de comunicación entre los niveles de atención; establecer un sistema de información oportuno y eficiente para la toma de decisiones adecuadas; incentivar, capacitar y apoyar el desarrollo de investigaciones que permitan un ajuste de directrices preventivas y asistenciales del manejo materno-perinatal; e implementar un sistema de monitoreo de calidad y seguimiento clínico permanentes.

Otra de las guías preparadas es la **Guía de Curso de preparación a la maternidad y paternidad** de 2013⁷⁰, la cual busca brindar lineamientos para que se provea la necesaria orientación y preparación a la madre gestante, los cuidados durante las fases del embarazo y después del parto, junto con la necesidad de evitar complicaciones en la madre y el hijo dada su baja participación durante el trabajo del parto, resultando en aumento de costos para la familia y la institución por la hospitalización prolongada. Por ende, se busca reducir el temor propio de la gestación y del parto, ofreciendo información sobre todas las etapas y los cuidados necesarios en cada una de dichas fases, además de una preparación física y psicológica y de una mayor participación de la madre durante el embarazo y el parto.

También se ha planteado la **Guía de manejo Inducción del trabajo de parto**⁷¹, también del 2013. Su finalidad es la de proveer orientaciones para las maniobras enfocadas a iniciar y mantener el parto de forma inducida. Los objetivos de dicha guía son 4: identificarla población apta para la inducción

⁶⁸ Secretaría Distrital de Salud. (2014). Guía de sepsis en obstetricia. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis_baja.pdf

⁶⁹ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2013). Guía de control prenatal y factores de riesgo. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>

⁷⁰ Monsalve Vergara, C.A. (2013). Curso de preparación a la maternidad y paternidad. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%203.%20%20CURSO%20PREPARACION%20A%20LA%20MATERNIDAD%20Y%20PATERNIDAD.pdf>

⁷¹ Secretaría Distrital de Salud. (2013). Guía de manejo Inducción del trabajo de parto. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%206.%20%20MANEJO%20DE%20INDUCCION%20FRL%20TRABAJO%20DE%20PARTO.pdf>

del trabajo de parto; encaminar e identificar los diferentes métodos de inducción aptos para cada paciente; establecer los factores que favorezcan el parto inducido; y reconocer y manejar las complicaciones concernientes al parto inducido.

La **Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones** (2013)⁷², busca dar lineamientos para la atención institucional del parto, con parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y respondiendo a los derechos en salud tanto de las madres como de sus hijos. El objetivo general de dicha guía es disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la madre gestante y del neonato y optimizar el pronóstico de los mismos mediante la atención intra-hospitalaria del parto, oportuna y adecuada. Los objetivos específicos son cuatro: disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales; disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas; y prevenir la hemorragia postparto. En un sentido similar, se tiene la **Guía de atención de parto instrumentado**⁷³, la cual busca proveer lineamientos para el uso de instrumentos propios del parto por parte de las instituciones de salud, tales como las espátulas rectas de Velasco y los fórceps.

Se tiene, además, la **Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo**⁷⁴, del 2013. Busca dar lineamientos para la atención de alteraciones hipertensivas durante el embarazo. El objetivo general es diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, educación individual y referir al nivel de mayor complejidad de ser necesario. Los objetivos específicos son: Disminuir la morbilidad materna y perinatal; disponer de un instrumento que facilite el seguimiento y mejoramiento continuo; racionalizar costos; y unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención para el uso racional de recursos para brindar una buena calidad del servicio.

El Distrito también tiene varias estrategias que contribuyen a la implementación de la RIAMP. De acuerdo con Rodríguez Alfonso (n.d.)⁷⁵, el Distrito tiene 5 estrategias principales para la implementación de la RIAMP y para la promoción y atención de la Ruta de la Salud Materno Perinatal.

La primera es la asistencia técnica a Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS priorizadas, la cual consiste en el mejoramiento en la calidad y seguridad de la salud materna y perinatal, así como hacer un acompañamiento y seguimiento técnico a la implementación de la normativa vigente y de la estrategia de promoción, educación, comunicación e identificación de alertas tempranas.

⁷² Secretaría Distrital de Salud. (2013). Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. Bogotá, D.C., Colombia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%207.%20%20MANEJO%20DEL%20TRABAJO%20DE%20PARTO,%20PARTO%20Y%20SUS%20COMPLICACIONES.pdf>

⁷³ Secretaría Distrital de Salud. (2013). Guía de atención de parto instrumentado. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%208.%20%20ATENCION%20DE%20PARTO%20INSTRUMENTADO.pdf>

⁷⁴ Secretaría Distrital de Salud. (2013). Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2010.%20%20MANEJO%20DEL%20SINDROME%20HIPERTENSIVO%20DEL%20EMBARAZO.pdf>

⁷⁵ Rodríguez Alfonso, C. (n.d.). Estrategias Distritales como aporte en la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en Bogotá D.C. “Ángeles Guardianes”. (Presentación de Power Point). Secretaría Distrital de Salud.

http://190.25.230.149/cdeis/rias/Rias/Estrategias_dist_S_materno_perinatal.pdf

La segunda es el fortalecimiento de competencias del talento humano mediante la realización de **simulacros en nacimiento humanizado**, emergencias obstétricas y atención de recién nacido y reanimación eficaz. También se implementa la cualificación a través de un curso virtual de la RIAS materno perinatal.

La tercera es el acompañamiento y seguimiento técnico a EAPB e IPS, principalmente mediante mesas de trabajo para la implementación de las RIAS de Promoción y Mantenimiento en temas de Salud Sexual y Reproductiva, y en RIAS Materno Perinatal. También se efectúa la aplicación de guías de práctica clínica.

La cuarta es la vigilancia intensificada de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal mediante dos acciones: un seguimiento a los planes de acción derivados de análisis de eventos negativos en Salud Sexual y Reproductiva, y con visitas desde la Dirección de Inspección Vigilancia y Control.

Y la quinta es la Estrategia “Embarazados Todos por la Vida”, lo cual incluye el Pacto por la Atención Segura de las Gestantes, Niños y Niñas menores de un año; una campaña comunicativa; la sostenibilidad del Grupo Técnico Distrital Materno Perinatal; la Estrategia Ángeles Guardianes; y las plataformas Embarazados.co y Sexperto.co.

7. MARCO NORMATIVO

7.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

El presente proyecto de acuerdo toma como base los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y algunas de sus metas. De forma más puntual, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas sobre los cuales se fundamenta el presente Proyecto de Acuerdo son:

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

(...)

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

(...)

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

(...)

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas

(...)

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

7.2 DE ORDEN CONSTITUCIONAL

Constitución Política de la República de Colombia

Título 1: De los principios fundamentales

“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”.

“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.”

Título 2: De los Derechos, las Garantías y Deberes.

“Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

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

estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

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

“Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

7.3 NORMATIVIDAD NACIONAL

Ley 100 de 1993. **“POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

“ARTÍCULO 1o. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. *El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.*

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

“ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:*

Proyecto de Ley No. 063 de 2017. “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LOS DERECHOS DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” O “LEY DE PARTO HUMANIZADO”

3.1 Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios. (Subrayado fuera de texto).

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

“ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

(...)

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia (subrayado fuera de texto), las madres comunitarias*, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, persona en situación de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.”

“ARTÍCULO 164. PREEXISTENCIAS. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

(...)

o se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.”

“ARTÍCULO 1º: OBJETO DE LA LEY. La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.”

“ARTÍCULO 2º: ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.

“ARTÍCULO 3º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias
- e) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera
- f) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

- g) *A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.*
- h) *A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*
- i) *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*
- j) *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*
- k) *A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica*
- l) *A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.*
- m) *A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica.*

“Artículo 4º.- Todo recién nacido (a) tiene derecho:

- a) *A ser tratado con respeto y dignidad*
- b) *A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.*
- c) *A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales*
- d) *A tener a su lado a su madre durante la permanencia en la institución médica, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales.*
- e) *A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.”*

Ley 122 de 2007. “POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN POTRAS DISPOSICIONES”

“Capítulo I. Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1o. OBJETO. *La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”*

“Capítulo VI. Salud Pública

ARTÍCULO 32. DE LA SALUD PÚBLICA. *La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas*

acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.”

Ley estatutaria número 1751 de 2015. “POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

Capítulo I. Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes.

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

ARTÍCULO 2o. 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.”

(...)

ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e

investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Decreto 1011 de 2006. “POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”:

“Título I. Disposiciones Generales

Artículo 1°. *Campo de aplicación.* Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.”

(...)

“Título II. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, SOGCS.

(...)

Artículo 3°. *Características del SOGCS.* Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. *Accesibilidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. *Seguridad.* Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. *Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. *Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”*

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

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

Artículo 2°. CAMPO DE APLICACIÓN. *Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la PAIS.*

Estas disposiciones igualmente se aplicarán a los Regímenes de Excepción y a los Regímenes Especiales como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo.

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

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

(...)

Artículo 5°. Talento humano para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la

Población Materno Perinatal. Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.

Resolución 276 de 2019. “POR LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018”:

Artículo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así:

~Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la en/rada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos.

(...)

Artículo 2. Modificar los anexos técnicos que hacen parte integral de la Resolución 3280 de 2018, en lo correspondiente a los siguientes contenidos:

(...)

“III LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO, RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION MATERNO PERINATAL”

- a) Los numerales 4.7. y 6.2.2.
- b) El literal d) contenido en los literales b) crisis hipertensiva y c) eclampsia, del numeral 4.9.4.2.
- c) El indicador de “Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para V/H”, contenido en el numeral 7.2.2.

7.4 ANTECEDENTES NORMATIVOS EN EL DISTRITO CAPITAL

Acuerdo 5 de 1993 del Concejo de Bogotá. “POR EL CUAL SE DA CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 43 Y 50 DE LA CONSTITUCIÓN NACIONAL”.

“**Artículo 2º.**- El Distrito Capital a través de la Secretaría de Salud y del Departamento Administrativo de Bienestar Social garantizará la atención médica a la mujer embarazada que se encuentre desamparada y desempleada.

El Departamento Administrativo de Bienestar social hará las inscripciones y remitirá a las mujeres de los Centros de Salud. Se expedirá un carnet a los menores nacidos el cual tendrá vigencia por un año.”

Resolución 170 de 2009 de Secretaría Distrital de Salud. “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN UNOS MECANISMOS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD DE LAS MATERNAS AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL DISTRITO CAPITAL.”

“**ARTÍCULO SEGUNDO.**- Las EPS-S deben contratar con las ESE de acuerdo a lo establecido por el Decreto 1020 de 2007 y la Ley 1122 de 2007 y al Decreto 4747 de 2007, y las demás que adicionen,

sustituyan o modifiquen, evitando barreras de acceso de tipo administrativo y geográficos para la mujer gestante. No fraccionarán la atención de la materna con el fin de garantizar la atención integral.”

“ARTÍCULO TERCERO.- La Secretaría Distrital de Salud establecerá un sistema operativo para la verificación de las obligaciones de referencia y contra referencia, así como para la verificación de la canalización de las gestantes desde la puerta de captación, incluyendo la contra referencia desde los establecimientos de segundo y tercer nivel a los programas de crecimiento y desarrollo y planificación familiar.”

“ARTÍCULO CUARTO.- Para efecto de dar cumplimiento a lo aquí consagrado, y dadas las ventajas arriba señaladas, se deberá contratar la atención de las gestantes bajo la modalidad de paquete o evento para el cumplimiento de las metas.”

Resolución 1709 de 2014. “Por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras”.

ARTÍCULO TERCERO: CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA ATENCIÓN MATERNA. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito Capital, deben cumplir los siguientes criterios y pautas:

1. Garantizar la atención inmediata a toda gestante o puérpera que demande el servicio de urgencias.
2. Garantizar la disponibilidad permanente del Kit de Emergencia Obstétrica (EO) con los insumos críticos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la atención materna.
3. Realizar el seguimiento trimestral de la adherencia a las Guías distritales de Atención Materna de: 1) Control Prenatal; 2) Trabajo de Parto y sus complicaciones, 3) Sepsis Obstétrica, 4) Hemorragia Posparto — Código Rojo y 5) Atención de Trastornos Hipertensivos en el embarazo, mediante el diligenciamiento de los Instrumentos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la atención materna.
4. Realizar el diligenciamiento de la hoja de tamizaje de Morbilidad Materna Extrema.
5. Realizar el monitoreo trimestral de los indicadores de Morbilidad Materna Extrema.
6. Realizar de manera inmediata, la notificación de la muerte de la materna, a los sistemas de información establecidos para tal propósito, especialmente el sistema SIVIGILA.
7. En caso de presentarse una muerte materna el Gerente y/o Representante Legal de la IPS con los referentes en el tema, presentarán el análisis institucional del caso en el COVE convocado por el Ente Territorial y a partir de los hallazgos identificados la totalidad de las instituciones involucradas en la atención de la materna, deben elaborar y presentar el plan de mejoramiento en los siguientes diez (10) días calendario posteriores a la realización del vomite

8. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

El Concejo de Bogotá, es competente para presentar esta iniciativa, en virtud de la facultad otorgada en el Estatuto Orgánico de Bogotá, D.C. Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 12, numeral 1:

Decreto Ley 1421 de 1993

Artículo 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital el adecuado cumplimiento con la Constitución y 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”.

9. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, 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. Las medidas a adoptar deberán ser financiadas con el presupuesto de las entidades pertinentes.

El Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, establece:

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

10. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo puede brindar una mejoría para la salud e integridad física y psicológica de las madres gestantes, de los bebés recién nacidos, así como de los familiares de la madre. También contribuye a que se preserve y se mejore el bienestar de las madres gestantes y sus hijos e hijas recién nacidos. Más importante aún, este Proyecto de Acuerdo contribuiría a la preservación de las vidas tanto de la madre gestante como de los recién nacidos, así como a la consolidación del núcleo familiar y de los lazos que los unen; los vínculos entre las madres y sus hijos son estrechos prácticamente desde el día uno de la gestación, siendo la práctica del parto humanizado un medio para que esos vínculos se mantengan e incrementen aún más en su fuerza. Además, podría mejorar mucho la experiencia del parto en las madres gestantes, lo cual también juega un papel importante en el reforzamiento de los vínculos entre las madres y los hijos, y por ende de los vínculos familiares. Adicionalmente, permite a la mujer gestante una mayor posibilidad de decisión acerca de cómo se debería desarrollar la labor del parto y de otros aspectos inherentes al mismo, haciendo que ella se torne efectivamente en el actor central e importante del proceso del parto.

Aquí se hace necesario resaltar las ya mencionadas ventajas que la institucionalización del parto humanizado traería consigo. En términos culturales y tradicionales, y aún sanitarios, se brindaría la posibilidad para que mujeres con considerable experiencia en la atención de partos de forma tradicional, así como de entera confianza de la madre gestante, puedan estar presentes y aportar de

forma considerable a la labor del parto. De otro lado, el parto humanizado permite a la mujer disfrutar de una mayor tranquilidad, reduciendo el estrés a nivel psicológico y contribuyendo, por ende, al mantenimiento de una buena salud mental de las madres gestantes durante la labor del parto. Esto se debe a que mediante el parto humanizado existe la posibilidad de que la madre gestante disfrute de la compañía de su pareja o alguna otra persona de gran confianza para ella, permitiendo que ella tenga seguridad, tranquilidad y confianza durante las labores del parto.

Adicionalmente, la práctica del parto humanizado brindaría un cambio de enfoque y de implementación del parto en la ciudad y en donde se deje de lado una perspectiva netamente medicalizada, a la vez que se asume tanto a la madre gestante como al proceso mismo del parto como un proceso de gran importancia en donde una nueva vida viene al mundo, y en el que tanto la madre como el bebé recién nacido son ya sujetos de pleno derecho. En el mismo sentido, este cambio de perspectiva permite ver a la madre como una persona con sentimientos y con la posibilidad de elegir acerca del proceso mismo del parto. Más aún, la madre gestante se convierte en la protagonista central de todo el proceso del parto, lo cual permite un empoderamiento de la madre gestante y se tengan en cuenta la dignidad, autonomía y aún valores de ésta. Al mismo tiempo, se brinda un espacio considerable para una interacción más cercana entre todos los actores involucrados en el proceso del parto (es decir, la madre gestante, el personal que brinda asistencia médica y los familiares o personas cercanas de la madre). Esto implica una mejor comunicación y un entendimiento más directo y fluido entre la madre y el personal médico, facilitando a la madre gestante tener el rol central y decisivo durante el proceso.

Los recién nacidos también se verían muy beneficiados por la institucionalización del parto humanizado en el Distrito, puesto que los recién nacidos se ven menos expuestos a sufrir el estrés por cuenta del cambio de ambiente, junto con una reducción de riesgos y complicaciones durante el nacimiento. Además, se facilita la interacción constante entre la madre y el hijo o la hija, a la par que se evita la separación entre ambos.

Finalmente, la implementación del parto humanizado contribuye a la reducción de la violencia obstétrica y a una mejora – o dignificación – del trato dispensado hacia las madres gestantes en los centros de salud (así como a los recién nacidos). Dicha violencia, siguiendo a Fernández Guillén (2015)⁷⁶, consiste en la negación de la madre gestante de su condición de ser humana principalmente. Además, se considera que la violencia obstétrica implica el impedir a la mujer “pensar” el parto, negarles la información y la posibilidad de decidir durante la labor del parto, así como la negación de alternativas en lo tocante a la posición usada para dar a luz. También se comprende dentro de la violencia obstétrica la separación de la madre y el hijo, la privación del apoyo emocional y acompañamiento de la persona de la elección de la madre gestante, el engaño para inducir a la práctica de partos por conveniencia o por cesárea, un ambiente carente de intimidad en torno a la madre gestante, y la práctica rutinaria de la episiotomía.

A lo anterior se suma el trato hacia las madres gestantes por parte del personal, el cual suele ser muy negativo. Tal y como señala la OMS (2014)⁷⁷, tratos negativos hacia la madre gestante son bastante frecuentes en los centros de salud, y suelen incluir maltrato físico y verbal, la ejecución de

⁷⁶ Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113 – 128. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106937.pdf>

⁷⁷ OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=21CFD7D79671ECE1B559F6CF6499EA1D?sequence=1

procedimientos médicos sin autorización y de forma coercitiva, la falta de confidencialidad y el incumplimiento de la obtención del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, violaciones a la privacidad, o aún el rechazo a la atención en los centros de salud y negligencia en la atención a las madres gestantes, y las complicaciones resultantes durante el parto (y aún la muerte). También se ha visto la retención tanto de las mujeres como de los bebés recién nacidos por incapacidad de pago, situación que afecta a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Por último, la Secretaría de Salud (29 de diciembre de 2020) en su respuesta al Derecho de petición mencionado en el pie de página número 26, manifiesta la necesidad de:

“...continuar reforzando el compromiso de los actores como las EAPB en la gestión y cumplimiento de las atenciones establecidas, a través de la garantía de una red de prestadores que realicen dichas actividades en todos los espacios en los cuales transita una persona en edad fértil, una gestante y posteriormente con su recién nacido, desde las acciones individuales, colectivas y poblacionales en el espacio escolar, laboral, del hogar, comunidad e institucional, con eje transversal del cuidado y humanización de los servicios de salud, con un talento humano entrenado y con las competencias necesarias para identificar e intervenir los riesgos oportunamente para nuestros nacionales como en población migrante. Así mismo es importante incluir intervenciones avaladas por la OMS en relación a prácticas culturales aceptadas para la posición de la persona en el parto, el manejo alternativo del dolor, estrategias de humanización en el marco del buen trato e información a la persona y su red de apoyo y el transporte neonatal efectivo en transporte medicalizado dentro del tiempo establecido con especial énfasis en el manejo de la asfixia perinatal y manejo en unidades de hipotermia”.

En síntesis, este proyecto de acuerdo contribuiría al mejoramiento y la preservación del bienestar tanto físico como mental de las madres gestantes y aún de los recién nacidos y familiares. También aportaría mucho a la consolidación de la familia como núcleo de la sociedad y a hacer de la mujer gestante el actor central del parto, así como a contribuir en la protección de la vida tanto de la madre como de los hijos. Adicionalmente, contribuiría a la reducción de la violencia obstétrica que afecta a las madres gestantes y mejoraría a plenitud la experiencia y el proceso del parto. Permitiría un mejoramiento del trato así como la consolidación de los derechos de las mujeres gestantes y sus hijas e hijos en el Distrito, en particular a aquellas en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Cordialmente,

Gloria Elsy Diaz Martínez
Concejal de Bogotá

Nelson Cubides Salazar
Concejal de Bogotá
Vocero Partido Conservador

PROYECTO DE ACUERDO No. 049 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

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

ACUERDA

Artículo 1. Objeto – Institucionalizar la práctica del Parto Humanizado en las salas de parto de los hospitales, clínicas y otros centros de salud de la Red Distrital de Salud en Bogotá, D.C.

Artículo 2. Medidas para la institucionalización del Parto Humanizado. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría de Salud, implementará las siguientes medidas para institucionalizar la práctica del Parto Humanizado en la ciudad de Bogotá, D.C:

1. Asegurar que en las salas de parto de los distintos centros de salud de la ciudad se implemente la práctica del Parto Humanizado, así como en la humanización de los servicios de salud relacionados con la atención del parto.
2. Incluir información sobre el Parto Humanizado durante el proceso de formación al personal especializado en la salud materna y neonatal.
3. Incluir en el curso de preparación para la maternidad y paternidad información sobre el Parto Humanizado y las opciones que dicha práctica ofrece, así como de los Derechos de la Mujer durante el parto.
4. Implementar campañas de información y educación a la ciudadanía acerca del Parto Humanizado y de la posibilidad de que la Madre Gestante, junto con su pareja o por sí misma, puedan tomar la decisión de tomar este tipo de parto a la hora de dar a luz.

Artículo 3. En la institucionalización del Parto Humanizado, se debe dar especial atención a las mujeres en condición de vulnerabilidad económica y social.

Artículo 4. La Administración Distrital podrá desarrollar alianzas o trazar acciones articuladas con organizaciones internacionales, instituciones nacionales, la academia e instituciones especializadas, para una implementación y desarrollo adecuado del Parto Humanizado.

Artículo 5. La Administración Distrital, a través de la entidad competente, llevará un registro y ejercerá un seguimiento y control permanente sobre los resultados, desempeño e impacto de la práctica del Parto Humanizado.

Artículo 6. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE