



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

AÑO I N°. 3180 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO JUNIO 25 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 311 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS QUE PERMITAN DISEÑAR UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6334
<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 312 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN NUEVOS LINEAMIENTOS PARA ACTUALIZAR LA POLITICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6370
<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 313 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6432
<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 314 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN LINEAMIENTOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO REGULATORIO DEL APROVECHAMIENTO ECONÓMICO DEL ESPACIO PÚBLICO, PROMOVRIENDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES BAJO PUENTES VEHÍCULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6494
<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 315 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN LINEAMIENTOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO REGULATORIO DEL APROVECHAMIENTO ECONÓMICO DEL ESPACIO PÚBLICO, PROMOVRIENDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES BAJO PUENTES VEHÍCULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6505
<u>PROYECTO DE ACUERDO No. 316 DE 2021 PRIMER DEBATE</u> “POR MEDIO DEL CUAL SE RECONOCE EL 25 DE JULIO COMO EL DÍA DISTRITAL DE LA CULTURA LLANERA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	6517

PROYECTO DE ACUERDO No. 311 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS QUE PERMITAN DISEÑAR UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO.

Promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital, que permita configurar nuevas prácticas culturales responsables con el ambiente e involucrar a la ciudadanía, al Estado y a los distintos actores de la sociedad civil, con la finalidad de **i)** aportar en la resignificación de la valoración social sobre los bienes comunes del ambiente y, **ii)** superar colectivamente las diversas problemáticas y los diferentes conflictos ambientales que se presentan en el territorio de Bogotá.

2. CONTEXTO.

A manera de contexto, en este acápite se va ahondar, de manera general, en los temas que guardan relación estrecha con el objeto de la presente iniciativa, y que son pertinentes considerarlos en la actual coyuntura, así: **i)** Fauna Silvestre, **ii)** Vecinos Inesperados, **iii)** La Fauna Bogotana y sus asociaciones con la Flora Silvestre, **iv)** La Fauna Silvestre en tiempo de Coronavirus Covid-19, y **v)** Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI.

2.1. FAUNA SILVESTRE.

La Secretaría Distrital de Ambiente, con relación a la fauna silvestre, señala lo siguiente¹:

“En Colombia se han establecido formalmente definiciones de fauna silvestre como la que aparece en el Código Nacional de los Recursos Naturales Renovables (Decreto Ley 2811 de 1974); sin embargo, la definición normativa vigente la encontramos en el texto de la Ley 611 de 2000 que establece que fauna silvestre *“se denomina al conjunto de organismos de especies animales terrestres y acuáticas, que no han sido objeto de domesticación, mejoramiento genético, cría regular o que han regresado a su estado salvaje”*.

Esta definición hace referencia a que por fauna silvestre se comprenderían todos aquellos animales que no hacen parte de las especies animales reconocidas por haber sido domesticadas por el ser humano. En este sentido, es claro que las especies silvestres no han sido manipuladas desde un punto de vista reproductivo y de selección zootécnica para buscar que la progenie exhiba ciertas características que beneficien al hombre en términos de mayor productividad.

Una de las características más sobresalientes de la fauna silvestre es que su desarrollo evolutivo se presentó y se viene dando sin la intervención directa del ser humano, es decir, el hombre no interviene en aspectos relacionados con las adaptaciones de estas especies a las condiciones geográficas y climatológicas de las regiones donde habitan.

Los animales silvestres tienen su ciclo de vida en áreas geográficas naturales donde se han adaptado a las diferentes características que los nichos les ofrecen y donde además,

¹ El contenido de este acápite fue tomado de la Página Web de la Secretaría Distrital de Ambiente el 26-06-2020, en el siguiente enlace <http://www.ambientebogota.gov.co/web/fauna-silvestre/conozcamos-la-fauna-silvestre>

encuentran todos los elementos necesarios para suplir sus necesidades energéticas, fisiológicas, metabólicas y de reproducción.

La reproducción de los animales silvestres está condicionada por la selección natural, y la búsqueda innata de la preservación de la especie por medio de un mayor éxito en la supervivencia individual o del grupo familiar y en la reproducción.

El sistema inmunológico de los animales silvestres es adquirido de manera innata a partir de la información genética de los parentales y de las experiencias en su medio natural y no se ve condicionado al estímulo ofrecido por el ser humano, como en el caso de los animales domésticos a los que es necesario inmunizar por medio de la aplicación de vacunas.

Otro aspecto que permite identificar a los animales silvestres es su comportamiento natural, que ofrece una reacción ante estímulos externos o internos; este está condicionado por un componente innato o genético y uno aprendido o experimentado de su misma especie de acuerdo con las características de su entorno, por supuesto, ninguno de estos mediados por el hombre como resulta en el caso de la fauna doméstica.

Los animales silvestres presentan comportamientos de temor y reacción frente a la presencia de predadores potenciales y del ser humano, este comportamiento ha desaparecido en los animales domésticos porque los procesos de selección hechos por el hombre buscan primordialmente generar razas dóciles, que se acostumbren y lleguen a depender del contacto con el hombre.

Pese a que existen individuos de especies silvestres que se han adaptado para convivir en asentamientos humanos luego de la colonización y la urbanización de áreas naturales, la supervivencia de éstos animales silvestres no se encuentra mediada por el hombre; en estos casos las mismas especies generan comportamientos y adaptaciones que les permite suplir sus necesidades evitando en la mayoría de los casos el contacto directo con las personas.

Este puede ser el caso de una ciudad como Bogotá en la que pese a la fragmentación del hábitat natural, a la contaminación y demás procesos de deterioro ambiental asociados al desarrollo de una gran urbe, existe el predominio de individuos de especies silvestres en el Distrito.”

2.2. VECINOS INESPERADOS.

El documental “*Vecinos Inesperados*” muestra la sorprendente vida de la fauna silvestre de Bogotá; permitiendo descubrir el extraordinario mundo natural de la ciudad y la dramática lucha diaria por la supervivencia de los animales que habitan en nuestras casas, jardines y barrios, las cuales desconocemos o ignoramos².

El Director del documental, Mauricio Vélez, indicó que “(...) *Vecinos se refiere la relación de vecindad que existe entre los ciudadanos y los animales que conviven y cohabitan en Bogotá. Este nombre hace referencia a la relación que como buenos vecinos debe basarse en el respeto y la*

² <https://conexioncapital.co/presentan-vecinos-inesperados-un-documental-sobre-la-fauna-silvestre-de-bogota/>

*tolerancia. (...) inesperados porque los espectadores se van a sorprender al descubrir unos vecinos que viven muy cerca de ellos, en sus balcones, casas, jardines, parques y barrios*³.

De esta manera, con el documental se ha dado a conocer las diferentes especies animales que existen en la ciudad: 14 tipos de aves, ocho mamíferos, tres reptiles, más de 13 clases de insectos, además de anfibios, y crustáceos, incluyendo especies como la coatí de montaña, el zorro perro y el halcón peregrino⁴.

Vecinos Inesperados nos muestra cuarenta y ocho (48) locaciones diferentes de la zona rural de Ciudad Bolívar, los páramos de Sumapaz y las moyas; Chingaza, los cerros orientales, Monserrate, los parques La Florida, Virgilio Barco, El salitre, Ciudad Montes, El Virrey, Bicentenario y Nacional; los humedales La conejera, Juan Amarillo, Santa María del Lago y Torca y hasta algunas estaciones de Transmilenio⁵.

Y se ha evidenciado una *“familia de zorros que deambula la ciudad por la noche, una colibrí que tiene sus crías en el balcón cde un apartamento, un cazador implacable que acecha en las terrazas, un águila pescadora que domina el cielo, entre otros animales que se han adaptado a vivir entre 8 millones de humanos*⁶”.

2.3. LA FAUNA BOGOTANA Y SUS ASOCIACIONES CON LA FLORA SILVESTRE⁷.

“Un número notable de las especies de animales que se encuentran en Bogotá es favorecido por la presencia en la ciudad de una diversa comunidad de plantas silvestres, es decir, aquellas que nacen por sí solas, sin ser cultivadas (aquí se incluyen muchas de las así llamadas “malezas”).

Muchas especies de fauna urbana no podrían existir en absoluto en la ciudad, si aquí no se encontraran bordes y corredores verdes, humedales, calles y avenidas con una vegetación predominantemente espontánea. Son especies de animales a los que no les basta con lo que plantamos nosotros en los parques, calles y jardines; necesitan algo más, ese “algo” que es lo silvestre.

Uno de los servicios más evidentes que le ofrece la flora silvestre a los animales urbanos es el de crear un hábitat, un refugio para estos. En los espacios más conservados de la ciudad encontramos los ejemplos más notables de esta asociación.

En los humedales, plantas silvestres dominantes, como los juncos (*Schoenoplectus californicus*) y enneas (*Typha domingensis*, *T. latifolia*) ofrecen un refugio y sitio de cría clave para varias de las aves más emblemáticas y amenazadas del Distrito: la tingua bogotana (*Rallus semiplumbeus*), soterrey o cucarachero de pantano (*Cistothorus apolinari*), avetorillo (*Ixobrychus exilis bogotensis*), tingua de pico verde (*Porphyriops melanops bogotensis*) y pato turrio (*Oxyura jamaicensis andina*).

³ <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/ambiente/pelicula-vecinos-inesperados-fauna-silvestre>

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ El contenido de este acápite fue tomado el 27-06-2020, del siguiente enlace <https://colombia.inaturalist.org/projects/flora-silvestre-de-bogota>

Asimismo, el endémico curí (*Cavia anolaimae*) y la comadreja (*Mustela frenata*), dos pequeños mamíferos presentes en los humedales, también usan estos juncales como refugio.

Igual función de refugio ofrecido por la flora silvestre la podemos observar en los cerros urbanos como los de Suba. Aquí, especies de arbustos y arbolitos espontáneos como arrayanes (*Myrcianthes leucoxylla*), coronos (*Xylosma spiculifera*), tunos esmeraldos (*Miconia squamulosa*), salvios negros (*Cordia cylindrostachya*), chilcos (*Baccharis latifolia*) y bejucos colorados (*Muehlenbeckia tamnifolia*), contribuyen a formar densos sotobosques, donde se encuentran tímidas aves que casi no pueden vivir en el resto de la ciudad: por ejemplo el comprapán (*Grallaria ruficapilla*), tapaculo (*Scytalopus griseicollis*), chamicero (*Synallaxis subpudica*) y arañero (*Myiothlypis nigrocristata*).

Otro de los beneficios que presta la flora silvestre a los animales de la ciudad es la oferta de alimento. El pasto más común de Bogotá y la Sabana es el introducido kikuyo (*Pennisetum clandestinum*), originario de las montañas de África oriental.

Pues bien, este kikuyo, aunque aquí no es una especie nativa, se ha convertido ahora en una parte inalienable de los prados y céspedes locales. Y la fauna nativa ha sabido aprovecharlo.

Los curíes mencionados arriba pastan esta especie con predilección, formando pequeñas áreas de céspedes cortos en los bordes de los humedales. Los copetones (*Zonotrichia capensis*) comen sus semillas. Y, con más investigaciones, es muy posible que se descubra que varias especies de mariposas urbanas (sobre todo hespéridos y algunos satirinos como *Panyapedaliodes*) han aprendido a alimentarse con las hojas de este pasto durante su etapa de orugas.

Una flor tan común y conocida como el diente de león (*Taraxacum officinale*) resulta ser de las más visitadas por pequeñas moscas de las flores (*Syrphidae*), así como por abejas y mariposas, que liban su néctar.

El carretón (*Trifolium repens*) resulta sumamente atractivo para las abejas domésticas (*Apis mellifera*) que prefieren sus blancas flores; además, las hojas de esta especie son claves como fuente de alimento para la mariposa amarilla (*Colias dimera*) y la pequeña mariposa azul (*Hemiargus hanno bogotana*). Estas mariposas no existirían en la ciudad si no crecieran aquí plantas silvestres. ¡Una razón más para cultivar nuestro aprecio por estas plantas no cultivadas! Y para desear larga vida a la flora silvestre de las ciudades”⁸.

2.4. LA FAUNA SILVESTRE EN TIEMPO DE CORONAVIRUS COVID-19.

Con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus COVID-19, la fauna silvestre en la ciudad se ha convertido en la protagonista de la historia.

Las redes sociales han sido el principal medio de difusión. Centenares de ciudadanos han compartido videos e imágenes que nos recuerda la importancia de la biodiversidad que tenemos.

⁸ *Ibidem*.

En el humedal Córdoba, por ejemplo, uno de los quince (15) ecosistemas declarados en Bogotá, **aves de plumaje rojo posan en paz en las zonas boscosas. Al parecer, según comentarios de los ciudadanos, se trata de piranga rubra y piranga escarlata**, aves migratorias⁹.

En el mismo humedal, ubicado en la localidad de Suba, **la Fundación Humedales Bogotá publicó un video con una mirla bebé (*turdus fuscater*)** bañándose en un charco de agua lluvia cercano al ecosistema¹⁰.

Córdoba es el humedal con mayor especies de aves en Bogotá, con más de 150 especies registradas. Según Humedales Bogotá, también cuenta con roedores como el curí; dos tipos de anfibios, rana sabanera y rana campana; un reptil, culebra sabanera; y la presencia de una especie de murciélago¹¹.

La reciente información pública ha dado cuenta del avistamiento de fauna silvestre en sectores antes no frecuentados por la misma, como son las vías de la ciudad y los predios –tanto público como privados-.

Y esto se debió al cese o disminución considerable en el desplazamiento de las personas o comunidades, a la escasa operación o prestación de servicios de los diferentes sectores de la economía, como el de la infraestructura, manufactura, entre otros, durante el aislamiento preventivo obligatorio declarado por el gobierno nacional y distrital por la pandemia del COVID-19.

Pero también debemos reconocer que durante el período de aislamiento y durante la reactivación gradual de la economía, se ha puesto en peligro y se ha comprometido de manera considerable nuestra fauna silvestre, por casos de atropellamiento, caza y/o muerte.

Sin embargo, resulta pertinente indicar también, que la colisión mortal de aves contra ventanas ha sido uno de los mayores problemas de conservación de las aves en las ciudades en tiempos de normalidad.

Las estimaciones realizadas en Estados Unidos, dicen que mueren más aves por chocar contra cristales de edificios que por la peor de las catástrofes ecológicas de un petrolero, con una diferencia: sucede todos los días¹².

En España por ejemplo, se cree que mueren al año cientos de miles de aves por esta causa, y es común que el rastro de esta tragedia pase inadvertida la mayoría de las veces y el problema no se toma suficientemente en serio por la industria de la construcción, las autoridades, la población e incluso las organizaciones ambientales o ecologistas¹³.

⁹ Véase <https://sostenibilidad.semana.com/actualidad/articulo/la-naturaleza-sigue-mostrando-su-esplendor-durante-los-dias-de-cuarentena/49183>

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Véase https://www.seo.org/wp-content/uploads/2013/09/Edificacionescristales-y-aves_FREE.pdf

¹³ *Ibidem*.

En tal virtud, resulta necesario y pertinente establecer una estrategia que promueva la protección y cuidado de la fauna silvestre de Bogotá, encaminada a prevenir casos de atropellamiento, caza y/o muerte de individuos o ejemplares de la fauna silvestre; así como de prevenir la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, como la accidentalidad vial durante la cuarentena – parcial o total, según el caso-, y después del levantamiento de la misma.

2.5. UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI¹⁴.

El Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, representa una verdadera apuesta para el cuidado del medio ambiente, que hace de Bogotá una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente.

Lo que indica un énfasis importante en el medio ambiente a fin de lograr Reverdecer Bogotá, sembrando árboles, reforestando los cerros y protegiendo la Estructura Ecológica Principal.

Este Nuevo Contrato Ambiental determina la manera cómo desde la Administración Distrital se comprenden y se atienden las realidades de quienes habitan el Distrito Capital, acogiendo como uno de sus atributos esenciales el **SOSTENIBLE**.

El atributo sostenible busca cambiar los hábitos de vida y la manera en que nos movemos, producimos y consumimos; y procura satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas.

Igualmente este atributo, procura lograr equilibrio entre el crecimiento económico, el cuidado del ambiente natural y el bienestar social, generando capacidades de resiliencia para afrontar los cambios en el contexto territorial y ambiental.

Así las cosas, el Plan Distrital de Desarrollo guarda relación directa con el objeto de la presente iniciativa normativa, específicamente cuando en el artículo 15, se destaca dentro del Propósito 1 “Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política”, el **Programa 22, denominado “Transformación Cultural para la Conciencia Ambiental y el Cuidado de la Fauna Doméstica”**.

El referido Programa pretende *“Implementar estrategias de formación ambiental y metodologías de participación y de gestión territorial, que desde las instituciones permitan desarrollar programas de pedagogía y cultura ambiental para generar conocimientos y experiencias en las personas. A través de la participación de cada uno de los actores, con diálogo de saberes del territorio, inclusión social, transformación cultural y la corresponsabilidad de ciudadanos activos, se esperan decisiones incidentes para una ciudadanía consciente de lo ambiental, con hábitos de vida, de alimentación y de consumo para el cuidado colectivo de la naturaleza y de los animales, la conservación de los ecosistemas, la defensa del territorio y el respeto y buen trato a la fauna doméstica y la importancia de una alimentación basada en productos de origen vegetal”*. (Subrayado por fuera del texto original)

¹⁴ El contenido de este acápite es tomado integralmente del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá para el período 2020-2024, “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”. (Acuerdo 761 de 2020)

Dentro del Propósito 2 “Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática”, se destaca el **Programa 28, denominado “Bogotá Protectora de sus Recursos Naturales”**, que busca *“proteger, preservar, restaurar y gestionar integralmente la estructura ecológica principal, que incluye el sistema de áreas protegidas del Distrito, los parques urbanos, los corredores ecológicos y el área de manejo especial del Río Bogotá, así como los ecosistemas estratégicos de páramos, humedales y bosques y otras áreas de interés ambiental y suelos de protección”*.

Igualmente dentro del propósito 2, se encuentra el **Programa 33, denominado “Más Árboles y Más y Mejor Espacio Público”** encaminado a *“Reverdecer la ciudad para reducir su vulnerabilidad frente a la crisis climática, a través de la plantación de individuos vegetales y jardinería en la zona rural y urbana e intervención del espacio público, propendiendo por el mantenimiento de lo generado y lo existente usando como instrumento el fortalecimiento de las actuaciones de evaluación, seguimiento, control y prevención, mediante el uso de Sistemas de Información confiables y accesibles. Realizar un ejercicio de construcción social del espacio público basado en el respeto, el diálogo y en el acatamiento voluntario de las normas, promoviendo su uso, goce y disfrute con acceso universal para la ciudadanía. Gestionar iniciativas públicas y/o privadas para la administración del patrimonio inmobiliario distrital y el espacio público. Incluye como herramienta de planificación para el Distrito, la formulación e implementación de una política pública de gestión integral de arbolado urbano, zonas verdes y jardinería para Bogotá. Paralelamente impulsando la mesa técnica de arbolado urbano y coberturas verdes que permita tener un mayor alcance con las entidades y grupos involucrados”*.^{[1][2]}

Y también se encuentra dentro del Propósito 2, el **Programa 34, denominado “Bogotá Protectora de los Animales”**, que pretende *“Avanzar en la protección de los animales domésticos y silvestres que habitan en la ciudad, a través de la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos que garanticen su atención integral y especializada incluyendo la implementación de protocolos para el bienestar de los animales utilizados para el consumo humano, así como el fortalecimiento de las acciones de control contra el tráfico ilegal de especies”*. (Subrayado por fuera del texto original).^{[1][2]}

De esta manera, se observa que los fines propuestos en la presente iniciativa se alinean con los propósitos del Plan Distrital de Desarrollo, adoptado mediante Acuerdo Distrital 761 de 2020, y que busca *“Hacer de Bogotá una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, mediante un nuevo contrato social, ambiental e intergeneracional para la Bogotá del Siglo XXI”*, del que se destaca la relevancia e importancia de la transformación cultural para la conciencia ambiental.

Por último, resulta pertinente indicar que frente a los retos planteados por la emergencia del Covid-19, y la discusión realizada en la aprobación del Plan Distrital de Desarrollo; se hace indispensable y fundamental contar con herramientas normativas adicionales que permitan superar las dificultades y convertirlas en oportunidades para avanzar en la construcción de un desarrollo más humano y sostenible según el compromiso suscrito con la humanidad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-.

Adicionalmente la intención del Proyecto de Acuerdo es valiosa, porque es concordante con la Política Pública Distrital de Protección y Bienestar Animal 2014-2038, adoptada mediante Decreto

242 de 2015, que busca orientar el desarrollo de las acciones a implementar en el Distrito Capital, en procura de otorgar a los animales escenarios de vida óptimos, de acuerdo a sus necesidades y requerimientos, a partir de la apropiación de una cultura ciudadana e institucional de respeto, protección, coexistencia y buen trato; comprometida con la protección y el bienestar integral de los animales y la convivencia ciudadana en torno a su existencia que responda a su calidad de seres sintientes.

3. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD.

La presente iniciativa encuentra pleno respaldo en la Constitución Política y en el ordenamiento legal, por lo que es clara su viabilidad jurídica, con base en el análisis que se realiza a continuación.

Desde el punto de vista constitucional el análisis versará sobre **i)** el concepto de ambiente en la Constitución Política, **ii)** la concepción integral del ambiente, y **iii)** el deber de protección de los animales.

Y desde el punto de vista legal el análisis versará sobre **i)** el marco jurídico antes de la Constitución Política de 1991, y **ii)** el marco jurídico después de la Constitución política de 1991.

CONSTITUCIONALIDAD

3.1. EL CONCEPTO DE AMBIENTE EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.

Desde el punto de vista constitucional, el Ambiente es un concepto cuya protección es un deber consagrado de manera directa en el artículo 79 y de forma indirecta en el artículo 8º y en el numeral 8º del artículo 95 de la Carta Política.

Al respecto la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2007, señaló que:

“(…) la Constitución dispone como uno de sus principios fundamentales la obligación Estatal e individual de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación (art. 8º). Adicionalmente, en desarrollo de tal valor, nuestra Constitución recoge en la forma de derechos colectivos (arts. 79 y 80 C.P.) y obligaciones específicas (art. 95-8 C.P.) las pautas generales que rigen la relación entre el ser humano y el ecosistema. Con claridad, en dichas disposiciones se consigna una atribución en cabeza de cada persona para gozar de un medio ambiente sano, una obligación Estatal y de todos los colombianos de proteger la diversidad e integridad del ambiente y una facultad en cabeza del Estado tendiente a prevenir y controlar los factores de deterioro y garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración y sustitución”. (Subrayado por fuera del texto original)

A partir de este contexto, podemos entender que el Ambiente es un bien constitucional, cuya protección se garantiza a través de su consagración en la Norma Superior como principio fundamental, derecho constitucional y deber constitucional.

De esta manera, es que surge el concepto de Constitución Ecológica como protección del

medio ambiente, y que la Corte Constitucional desarrolló acertadamente en la Sentencia T-411 de 1992, cuando manifestó que:

“(…) de una lectura sistemática, axiológica y finalista surge el concepto de Constitución Ecológica, conformado por las siguientes 34 disposiciones: Preámbulo (vida), 2º (fines esenciales del Estado: proteger la vida), 8º (obligación de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación), 11 (inviolabilidad del derecho a la vida), 44 (derechos fundamentales de los niños), 49 (atención de la salud y del saneamiento ambiental), 58 (función ecológica de la propiedad), 66 (créditos agropecuarios por calamidad ambiental), 67 (la educación para la protección del ambiente), 78 (regulación de la producción y comercialización de bienes y servicios), 79 (derecho a un ambiente sano y participación en las decisiones ambientales), 80 (planificación del manejo y aprovechamiento de los recursos naturales), 81 (prohibición de armas químicas, biológicas y nucleares), 82 (deber de proteger los recursos culturales y naturales del país), 215 (emergencia por perturbación o amenaza del orden ecológico), 226 (internacionalización de las relaciones ecológicas), 268-7 (fiscalización de los recursos naturales y del ambiente), 277-4 (defensa del ambiente como función del Procurador), 282-5 (el Defensor del Pueblo y las acciones populares como mecanismo de protección del ambiente), 289 (programas de cooperación e integración en zonas fronterizas para la preservación del ambiente), 300-2 (Asambleas Departamentales y medio ambiente), 301 (gestión administrativa y fiscal de los departamentos atendiendo a recursos naturales y a circunstancias ecológicas), 310 (control de densidad en San Andrés y Providencia con el fin de preservar el ambiente y los recursos naturales), 313-9 (Concejos Municipales y patrimonio ecológico), 317 y 294 (contribución de valorización para conservación del ambiente y los recursos naturales), 330-5 (Concejos de los territorios indígenas y preservación de los recursos naturales), 331 (Corporación del Río Grande de la Magdalena y preservación del ambiente), 332 (dominio del Estado sobre el subsuelo y los recursos naturales no renovables), 333 (limitaciones a la libertad económica por razones del medio ambiente), 334 (intervención estatal para la preservación de los recursos naturales y de un ambiente sano), 339 (política ambiental en el plan nacional de desarrollo), 340 (representación de los sectores ecológicos en el Consejo Nacional de Planeación), 366 (solución de necesidades del saneamiento ambiental y de agua potable como finalidad del Estado).”

Queda claro entonces, que el concepto de “Constitución Ecológica” es amplio porque involucra y conjuga diferentes elementos que conforman el entorno en el que se desarrolla la vida de los seres humanos, incluyendo la flora y fauna que los rodea e involucra como entorno dentro de su propio contexto.

Y esto es de suma importancia, porque el Ambiente pasó de ser considerado un insumo del desarrollo humano, a ser visto como contexto esencial del transcurso de la vida humana, permitiendo que su protección se desarrollara sobre el fundamento de la armonía con la naturaleza, al establecer en el accionar de los seres humanos, el deber de responder a un código moral.

3.2. CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL AMBIENTE.

Una concepción integral del ambiente obliga a concluir que dentro de los elementos que lo

componen deben entenderse incluidos los animales, que hacen parte del concepto de fauna que, a su vez, se ha entendido como parte de los recursos naturales o, en otras palabras, de la naturaleza como concepto protegido, cuya garantía es contemplada por la Constitución de 1991. (Corte Constitucional, Sentencia C-666 de 2010)

Y constata el Alto Tribunal que “La inclusión de los animales dentro del concepto de ambiente se hace con base en el papel que estos juegan en el desarrollo de la vida humana. Acentúa la Corte que esta consideración supera el enfoque eminentemente utilitarista –que los considera en cuanto recurso utilizable por los seres humanos-, y se inserta en la visión de los animales como otros seres vivos que comparten el contexto en que se desarrolla la vida humana, siendo determinantes en el concepto de naturaleza y, por consiguiente, convirtiéndose en destinatarios de la visión empática de los seres humanos por el contexto –o ambiente- en el que desarrolla su existencia”.

3.3. EL DEBER DE PROTECCIÓN DE LOS ANIMALES.

En lo que respecta al deber de protección de los animales, la manifestación concreta de esta posición se hace a partir de dos perspectivas, según la Sentencia C-666 de 2010:

- i) *“La de fauna protegida en virtud del mantenimiento de la biodiversidad y el equilibrio natural de las especies;*
- ii) *Y la de fauna a la cual se debe proteger del padecimiento, maltrato y crueldad sin justificación legítima, protección esta última que refleja un contenido de moral política y conciencia de la responsabilidad que deben tener los seres humanos respecto de los otros seres sintientes”.*

Según la Corte Constitucional *“En este segundo sentido es que se enmarca la protección prevista por la ley 84 de 1989 –Estatuto de protección animal-, cuerpo normativo que, no obstante ser anterior a la Constitución de 1991, concreta principios y valores, no sólo coherentes sino, axiales al actual ordenamiento constitucional colombiano, especialmente en lo atinente a la llamada Constitución ecológica, que la Corte ha identificado como el conjunto de disposiciones que conforman la red constitucional de protección al ambiente en el ordenamiento colombiano”.*

En ese orden de ideas, la sentencia T-760 de 2007 señaló lo siguiente:

“3.6.4. Nótese entonces que la ley sí determinó en aquella oportunidad que el desconocimiento de las condiciones y prohibiciones que rigen el aprovechamiento de la fauna silvestre conlleva, entre otros, al “decomiso” del animal. No obstante, tal materia, es decir, el acceso al recurso faunístico ha sido objeto de regulación por otras disposiciones que, vale la pena reconocer desde ahora, han perfeccionado y actualizado las condiciones bajo las que una persona puede aprovechar de cualquier animal. De tales normas ocupa un lugar destacado la Ley 84 de 1989, en la cual Colombia definió un Estatuto Nacional de Protección de los Animales en el que se fijan unas pautas de conducta realmente ambiciosas en cabeza de las personas, que rigen y ajustan su trato con todos los animales.

De entrada la ley 84 objeta la relación abusiva o cruel del hombre con la naturaleza y llama la atención de todos a partir del siguiente epígrafe: “los animales tendrán en todo el territorio nacional especial protección contra el sufrimiento y el dolor, causados directa o indirectamente por el hombre” (art. 1º); enseguida, dentro de sus objetivos, la misma insiste en rechazar el dolor y sufrimiento animal, plantea la promoción de su salud, bienestar, respeto y cuidado, y propone desarrollar medidas efectivas para la preservación de la fauna silvestre. Como tal, la ley impone un conjunto de obligaciones específicas para lograr su cometido, todas ellas enmarcadas en el compromiso de evitar causar daño o lesión a cualquier especie (art. 4º), y enlista el conjunto de actos que considera perjudiciales y crueles aplicables, en su gran mayoría, a las maniobras de cacería reguladas por el CRNR y su decreto reglamentario.” (Subrayado dentro del texto original)

Tenemos entonces que, dentro del concepto de ambiente debe comprenderse e incorporarse la fauna que habita en nuestro territorio, entendiendo no sólo a los animales que mantienen el equilibrio de ecosistemas existentes, sino a todos los animales que se encuentran en dicho territorio.

En este sentido resalta la Corte que el concepto protegido como parte del ambiente es la fauna, siendo ésta “el conjunto de animales de un país o región”; y por tanto, la protección que se deriva de la Constitución supera la anacrónica visión de los animales como cosas animadas, para reconocer la importancia que éstos tienen dentro del entorno en que habitan las personas, no simplemente como fuentes de recursos útiles al hombre, sino en cuanto seres sintientes que forman parte del contexto en que se desarrolla la vida de los principales sujetos del ordenamiento jurídico: los seres humanos¹⁵.

Por último, manifestó la Corte mediante sentencia T-760 de 2007 que:

“Los recursos de la naturaleza no están ya a la disposición arbitraria de la mujer y del hombre sino al cuidado de los mismos. La Constitución, eso es claro, no reduce la protección del medio ambiente o cualquiera de sus componentes a una visión liberal, en virtud de la cual los seres humanos pueden disponer a su antojo de los demás seres vivos o los recursos naturales, sino que reconoce que el vínculo entre ellos está precedido o condicionado por unas pautas o requisitos que delimitan sus libertades y deberes, asegurando la protección de la diversidad e integridad ambiental (art. 79 C.P.). Para ello, la Carta responsabiliza al Estado de la planificación, es decir, la determinación de las fórmulas a partir de las cuales se puede efectuar manejo y aprovechamiento de tales recursos para lograr, no solo el desarrollo sostenible, sino también su conservación, restauración o sustitución (art. 80)”. (Subrayado por fuera del texto original)

LEGALIDAD.

3.4. MARCO JURÍDICO ANTES DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991¹⁶.

Con relación a la legalidad, debemos decir, que este marco jurídico empezó a configurarse antes de la Constitución Política de 1991.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-666 de 2010.

¹⁶ Véase las Sentencias C-045 de 2019 y C-126 de 1998 de la Honorable Corte Constitucional.

El **Código Civil** colombiano de 1887, en su visión clásica de propiedad, consideraba a los animales como *bienes muebles o inmuebles por destinación*¹⁷; afortunadamente esta definición fue superada por un orden jurídico, que de manera temprana, impulsó desde la década de los setenta, imperativos de reconocimiento del ambiente como patrimonio común (Artículo 1º del Decreto 2811 de 1974), con especial protección de los animales contra el sufrimiento y el dolor (Artículo 1º de la Ley 84 de 1989).

El **Decreto 2811 de 1974** o *Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección del Medio Ambiente (Reglamentado por los Decretos 1608 de 1978 y 4688 de 2005)*, tuvo como finalidad crear una legislación ambiental en el país, sustrayendo materias reguladas de manera general en la ley civil para darles una normatividad especial.

Previo a la expedición del Código Civil, una persona podía apropiarse de cualquier animal salvaje a través de la caza y de la pesca, con el único condicionamiento de que si la persona no tenía permiso del dueño, lo que sea cazado pertenecía al dueño del predio. Sin embargo, luego de la expedición del Código de Recursos Naturales, en el artículo 248, toda la fauna silvestre se encuentra en cabeza del Estado.

Evidenciándose una clara mutación en el concepto de propiedad privada frente a los recursos naturales, puesto que se cambia el paradigma en donde la disposición de éstos, se encuentra sujeta al deber que tiene cada individuo de proteger el medio ambiente.

Así, la protección al medio ambiente se convierte en un límite específico de las potestades del ejercicio de la propiedad privada en algunos casos. (Véase Corte Constitucional, Sentencia T-608 de 2011)

La **Ley 5 de 1972** había previsto la fundación y el funcionamiento de las Juntas Defensoras de Animales, reglamentándolas a través del **Decreto 497 de 1973**. A su vez, la **Ley 9 de 1979** estableció medidas para la protección del medio ambiente y reguló por vez primera el sacrificio animal (artículo 307).

Sin embargo, fue la **Ley 84 de 1989** o Estatuto Nacional de Protección de los Animales, la que se erigió en el principal instrumento normativo para la protección de los animales contra el sufrimiento y el dolor causados directa o indirectamente por el ser humano.

Lo anteriormente expuesto, permite concluir sobre la legislación en la materia, previa a la Constitución de 1991, que existía un mandato general de reconocimiento al ambiente y de prohibición del maltrato animal.

¹⁷ Código Civil, Libro II. De los bienes, y de su dominio posesión, uso y goce. Capítulo I. De las cosas corporales. Artículo 655. “Muebles son los que pueden transportarse de un lugar a otro, sea moviéndose ellos a sí mismos, como los animales (que por eso se llaman semovientes), sea que sólo se muevan por una fuerza externa, como las cosas inanimadas. Exceptúanse las que siendo muebles por naturaleza se reputan inmuebles por su destino, según el artículo 658”. [Texto original sin la modificación realizada por la Ley 1774 de 2016].

3.5. MARCO JURÍDICO DESPUÉS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991¹⁸.

La protección al medio ambiente es uno de los fines del Estado Moderno, por lo tanto, toda la estructura de este debe estar iluminada por este fin, y debe tender a su realización. La crisis ambiental es, por igual, crisis de la civilización y replantea la manera de entender las relaciones entre los hombres. Las injusticias sociales se traducen en desajustes ambientales y éstos a su vez reproducen las condiciones de miseria (Gaceta Constitucional No. 46, págs. 4-6. Citada en: Corte Constitucional, Sentencias T-254 de 1993 y C-750 de 2008).

El ambiente sano es, de una parte, un derecho, y de otra parte, un límite a otros derechos como el de la propiedad o el de la libertad económica. Así lo ha ido decantando la jurisprudencia constitucional.

La **Constitución Política de 1991** “*modificó profundamente la relación normativa de la sociedad colombiana con la naturaleza*” (Sentencia C-126 de 1998), creando una ecologización de la propiedad privada, como respuesta del Constituyente a la problemática emanada del uso indiscriminado de los recursos naturales y su necesaria preservación, entendiendo al medio ambiente como un derecho y un bien de la colectividad (Sentencia C-045 de 2019).

Ahora bien, el marco jurídico actual ha acentuado esta tendencia de protección de la naturaleza, irradiando su fuerza a todo el ordenamiento jurídico.

El **Código Penal** colombiano contempló en su Título XII los Delitos contra los Recursos Naturales y el Medio Ambiente y, particularmente, penalizó en el artículo 336 la *Caza Ilegal*.

Otras normas como la **Ley 576 de 2000**, por medio de la cual se expidió el *Código de Ética para el ejercicio de la Medicina Veterinaria y Zootecnia*; la **Ley 611 de 2000**, expedida para regular el manejo sostenible de especies de Fauna Silvestre y Acuática; la **Ley 746 de 2002**, que reguló la *Tenencia y Registro de Perros Potencialmente Peligrosos*; la **Ley 1638 de 2013** que prohíbe el uso de animales silvestres, ya sean nativos o exóticos, en circos itinerantes; establecieron importantes estándares legales en materias relacionadas.

Sin embargo, es la **Ley 1774 de 2016** la que incorpora por primera vez el reconocimiento legal de la sintiencia animal en Colombia: “*Los animales como seres sintientes no son cosas, recibirán especial protección contra el sufrimiento y el dolor, en especial, el causado directa o indirectamente por los humanos, por lo cual en la presente ley se tipifican como punibles algunas conductas relacionadas con el maltrato a los animales, y se establece un procedimiento sancionatorio de carácter policivo y judicial*” (Artículo 1º).

Dicho reconocimiento se plasmó en la adición de un párrafo al artículo 655 del Código Civil, mediante el cual se reconoció de manera expresa la calidad de seres sintientes a los animales.

La Corte Constitucional a través de su jurisprudencia, específicamente la Sentencia C-245 de 2004, ha establecido una relación entre la dignidad humana y un ambiente de calidad.

¹⁸ Véase las Sentencias C-045 de 2019 y C-126 de 1998 de la Honorable Corte Constitucional.

Y en relación con los animales, el Alto Tribunal ha establecido que, aun cuando el ordenamiento jurídico no los considere seres morales como a las personas (Sentencia C-467 de 2016 y T-095 de 2016), ha desarrollado deberes relacionales hacia ellos que limitan en casos concretos el ejercicio de los derechos a la cultura, la recreación, el deporte, el libre desarrollo de la personalidad y la iniciativa privada. (Véase Sentencia C-045 de 2019)

3.6. OTRAS DISPOSICIONES NORMATIVAS.

A continuación, se presentan otras disposiciones normativas y políticas ambientales, tanto a nivel nacional y distrital, que se enmarca dentro de la materia objeto de la presente iniciativa, así:

- Ley 17 de 1981 *“Por la cual se aprueba la “Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestre”, suscrita en Washington, D.C. el 3 de marzo de 1973”*.
- Ley 99 de 1993 *“Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 165 de 1994 *“Por medio del cual se aprueba el “Convenio sobre la Diversidad Biológica”, hecho en Río de Janeiro el 5 de junio de 1992”*.
- Ley 1333 de 2009 *“Por la cual se establece el procedimiento sancionatorio ambiental y se dictan otras disposiciones”*.
- Resolución 1367 de 2000 *“Por la cual se establece el procedimiento para las autorizaciones de importación y exportación de especímenes de la diversidad biológica que no se encuentran listadas en los apéndices de la Convención CITES”*.
- Resolución 2064 de 2010 *“Por la cual se reglamentan las medidas posteriores a la aprehensión preventiva, restitución o decomiso de especímenes de especies silvestres de fauna y flora terrestre y acuática, y se dictan otras disposiciones”*.
- Decreto Ley 1076 de 2015 *“Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible”*.
- Circular Conjunta del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible N° 1 y del Ministerio de Transporte N° 6 del 11 de mayo de 2020 –Medidas preventivas y de mitigación para la protección de la fauna silvestre en los proyectos de infraestructura de transporte, en el marco de la emergencia sanitaria-.

Una vez realizado las anteriores consideraciones de tipo constitucional y legal, consideramos pertinente presentar las siguientes conclusiones que la Honorable Corte Constitucional ha llegado en la materia.

CONCLUSIONES DE LA CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD.

Del recorrido normativo y jurisprudencial relacionado con la obligación constitucional de protección del ambiente y la prohibición del maltrato animal, resulta pertinente citar las dos grandes conclusiones a las que ha llegado la Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia C-045 de 2019, así:

Primera. La jurisprudencia ha delineado el estándar constitucional de prohibición del maltrato animal como alcance de la obligación de protección a la diversidad e integridad del ambiente. Esta obligación deriva de una concepción que no es utilitarista, es decir, que no ve a los animales sencillamente como un recurso disponible para la satisfacción de las necesidades humanas, sino que son objeto de protección constitucional autónoma. En este estándar se ha definido que la prohibición del maltrato animal constituye una limitación a los derechos a la cultura, a la recreación, al deporte, a la educación, al libre desarrollo de la personalidad y a la libre iniciativa privada¹⁹.

Segunda. Las normas constitucionales que obligan a la protección del ambiente, su integridad y diversidad, y dan fundamento a la prohibición del maltrato animal, han sido desarrolladas por el Congreso de manera progresiva, con el objetivo de brindar una protección cada vez mayor a los animales frente al maltrato, y cuyo avance más significativo ha sido el reconocimiento de los animales como seres sintientes, a través de la Ley 1774 de 2016. Se trata de una prohibición que si bien no es absoluta pues admite excepciones, estas excepciones son de alcance e interpretación restrictiva. Los contenidos de la regla constitucional de protección del ambiente y la prohibición del maltrato animal, dentro de un concepto de *Constitución viviente*, han sido desarrollados, perfilados o precisados entonces, de manera progresiva por la jurisprudencia constitucional y por el desarrollo legislativo aquí descrito, que hoy en día es un cuerpo armónico y uniforme que avanza en una protección cada vez mayor de los animales frente al maltrato²⁰.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ.

De conformidad con el Decreto Ley 1421 de 1993, los numerales 1, 7 y 25 del artículo 12, establece como atribuciones del Concejo las siguientes:

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

(...)

7. Dictar las normas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente.

(...)

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

¹⁹ Véase Sentencia C-045 de 2019 de la Honorable Corte Constitucional.

²⁰ *Ibidem*.

5. IMPACTO FISCAL.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º de la ley 819 de 2003, la presente iniciativa no genera impacto fiscal, razón por la cual, su trámite no encuentra impedimento derivado de sus efectos fiscales.

Lo anterior encuentra fundamento porque en el artículo 49 del Plan Distrital de Desarrollo, denominado “**Plan Plurianual de Inversiones**”, en lo que respecta a los Propósitos 1 y 2, y al Sector Ambiente, el consolidado de inversión aprobado y consignado en él, es el siguiente:

PRESUPUESTO POR PROPÓSITO	VALOR*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	51.368.583
Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática.	9.574.438

*Cifras en millones de pesos.

Fuente: Artículo 49. Plan Plurianual de Inversiones del PDD.

PROPÓSITO	SECTOR	TOTAL*
Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	Ambiente	83.230
	Cultura	1.882.679
	Desarrollo Económico	799.657
	Educación	23.631.915
	Gobierno	2.554.494
	Hábitat	1.707.891
	Hacienda	45.427
	Integración Social	4.914.372
	Movilidad	78.379
	Mujeres	172.500
	Planeación	10.773
	Salud	15.487.266
TOTAL PROPÓSITO 1		51.368.583
Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática.	Ambiente	1.035.498
	Cultura	107.794
	Educación	3.996
	Gobierno	1.510.933
	Hábitat	5.305.642
	Movilidad	1.226.527
	Salud	212.403
	Seguridad	171.645

*Cifras en millones de pesos. Fuente: Artículo 49. Plan Plurianual de Inversiones del PDD.

De otra parte, en el Presupuesto 2021, quedaron aprobados para el Sector Ambiente, un total de \$246.997.750.000 recursos de inversión, distribuidos de la siguiente manera:

SECTOR AMBIENTE CONSOLIDADO	
Entidad	Inversión
Secretaría Distrital de Ambiente	\$142.714.813.000
Jardín Botánico “José Celestino Mutis”	\$53.181.000.000
Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático –IDIGER-	\$22.286.937.000
Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal –IDPYBA-	\$28.815.000.000
Total Sector	\$246.997.750.000

Dentro de los proyectos que son pertinentes y relevantes para la presente iniciativa y que podemos resaltar por entidad, se encuentran los siguientes:

Secretaría Distrital de Ambiente		
Código	Concepto	Total
3-3-1-16-01-22-7657	Transformación cultural ambiental a partir de estrategias de educación, participación y comunicación en Bogotá	\$3.745.000.000
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$102.404.129.000
3-3-1-16-02-27	Cambio cultural para la gestión de la crisis climática	\$3.459.505.000
3-3-1-16-02-28	Bogotá protectora de sus recursos naturales	\$65.396.742.000
3-3-1-16-02-33-7710	Control a los factores de deterioro del arbolado urbano y la flora en Bogotá	\$4.564.236.000
3-3-1-16-02-34	Bogotá protectora de los animales	\$5.390.639.000
3-3-1-16-02-34-7711	Control a los factores de deterioro del recurso fauna silvestre en Bogotá	\$5.390.639.000

Jardín Botánico “José Celestino Mutis”		
Código	Concepto	Total
3-3-1-16-01-22-7666	Fortalecimiento de la educación y la participación para la promoción de la	\$2.979.040.000

	cultura ambiental en el Jardín Botánico de Bogotá	
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$34.128.301.000
3-3-1-16-02-28	Bogotá protectora de sus recursos naturales	\$910.233.000
3-3-1-16-05-53-7667	Mejoramiento, planificación y gestión de las coberturas vegetales del Distrito Capital y la ciudad región, para reverdecer Bogotá	\$33.218.068.000
3-3-1-16-05-56-7679	Investigación para la conservación de los ecosistemas y la flora de la Región y Bogotá	\$3.317.513.000

Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático –IDIGER-

Código	Concepto	Total
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$15.665.504.000

Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal –IDPYBA-

Código	Concepto	Total
3-3-1-16-01-22-7560	Implementación de estrategias de cultura y participación ciudadana para la defensa, convivencia, protección y bienestar de los animales en Bogotá	\$1.045.703.000
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$23.823.497.000
3-3-1-16-02-34	Bogotá protectora de los animales	\$23.823.497.000
3-3-1-16-02-34-7551	Servicio para la atención de animales en condición de vulnerabilidad a través de	\$10.382.897.000

	los programas del IDPYBA en Bogotá	
3-3-1-16-02-34-7556	Dotación y puesta en funcionamiento (primera etapa) e inicio de la construcción (segunda etapa) de la Casa Ecológica de los Animales - CEA Bogotá	\$13.440.600.000
3-3-1-16-05-56-7555	Implementación de un proceso institucional de investigación y gestión del conocimiento para la defensa, protección y bienestar animal en Bogotá	\$540.800.000

En lo que respecta a la Secretaría Distrital del Hábitat, se relaciona el siguiente:

Secretaría Distrital del Hábitat		
Código	Concepto	Total
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$9.734.890.000

Y Con relación a la Secretaría de Educación Distrital se tiene lo siguiente:

Secretaría de Educación Distrital		
Código	Concepto	Total
3-3-1-16-02	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática	\$600.000.000
3-3-1-16-02-27	Cambio cultural para la gestión de la crisis climática	\$600.000.000
3-3-1-16-02-27-7599	Fortalecimiento de las estrategias de educación ambiental en los colegios oficiales de Bogotá D.C.	\$600.000.000

Finalmente, es importante resaltar, que la Honorable Corte Constitucional en su jurisprudencia ha dejado claro, que tratándose del análisis del impacto fiscal de las normas, las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no debe convertirse en barreras insalvables en el ejercicio de la función normativa, ni crear un poder de veto administrativo en cabeza del Secretario de Hacienda al pretender exigir exegéticamente el cumplimiento de su contenido como un

requisito indispensable de trámite, porque se estaría reduciendo desproporcionadamente la capacidad de iniciativa normativa de las Corporaciones Públicas.

Lo anterior encuentra sustento en la Sentencia C- 911 de 2007, cuando indica que el impacto fiscal de las leyes no puede convertirse en óbice para que el Congreso de la República ejerza su función legislativa. En su sentido literal la Corte Constitucional señala:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Y esta interpretación se hace extensiva a toda Corporación Pública del orden territorial, sea Concejo o Asamblea, dado que el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 versa sobre el **“Análisis del Impacto Fiscal de las Normas”**, específicamente relacionados con Proyectos de Ley, Ordenanzas o Acuerdos.

6. CONCEPTO DE LA ADMINISTRACIÓN²¹.

La Administración, a través de la Secretaría Distrital de Ambiente, el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, el Jardín Botánico “José Celestino Mutis”, la Secretaría Distrital de Planeación y la Secretaría Jurídica Distrital emitió concepto de viabilidad a la presente iniciativa. Dentro de las observaciones se resaltan las siguientes:

SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE²²

- ✓ Advierte que el Concejo de Bogotá como Suprema Autoridad del Distrito Capital, se encuentra facultado por la norma de normas y los decretos citados para presentar y aprobar la presente iniciativa, la cual está conforme a derecho y en cumplimiento de las funciones señaladas para tal finalidad.

²¹ La información contenida en el presente acápite, fue tomada de los Comentarios de la Administración, para primer debate al Proyecto de Acuerdo 381 de 2020, con Radicado N° 20201702082761 del 11 de diciembre de 2020.

²² Tomado del concepto de viabilidad jurídica de la Dirección Legal de la Secretaría Distrital de Ambiente con Radicado N° 2020IE223679 del 10 de diciembre de 2020.

- ✓ Considera que los propósitos del Proyecto de Acuerdo son concordantes con la Política Pública de Protección y Bienestar Animal 2014-2038 adoptada mediante Decreto 242 de 2015.
- ✓ Observa que los fines propuestos en la iniciativa se alinean con los propósitos del Plan Distrital de Desarrollo para el período 2020-2024, adoptado mediante Acuerdo Distrital 761 del 11 de junio de 2020, que busca “*Hacer de Bogotá una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, mediante un nuevo contrato social, ambiental e intergeneracional para la Bogotá del siglo XXI*”, del que se destaca la relevancia e importancia de la transformación cultural para la conciencia ambiental.
- ✓ Señala que la intención del Proyecto de Acuerdo es valiosa para la sociedad del Distrito Capital al promover escenarios que nutren y complementan la protección y bienestar animal donde la sensibilización y educación a la ciudadanía juega un papel fundamental no sólo en beneficio de los animales de compañía de la ciudad, sino en la promoción de la sana relación y convivencia humano animal.
- ✓ Destaca que el Proyecto de Acuerdo busca ampliar y dar cumplimiento al programa N° 22 denominado “*Transformación Cultural para la Conciencia Ambiental y el Cuidado de la Fauna Doméstica*”, ya que busca promoción, fomento y desarrollo de campañas ciudadanas y de investigación dirigidas a promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital.

Y con el programa N° 34 “*Bogotá protectora de los animales*”, toda vez que relaciona este programa con la fauna silvestre que hace parte de los ecosistemas bogotanos como elementos relevantes del ambiente a proteger y salvaguardar en aras de reestructurar los valores sociales y culturales que ponderen por la materialización de acciones que tengan un significado de responsabilidad con el ambiente.

INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL²³

- ✓ Considera que el cuidado y la protección al medio ambiente es un derecho constitucional fundamental que debe ser promovido y protegido como parte del derecho colectivo del que gozan todos los seres vivos que habitan en el territorio nacional.

Bajo este mandato, los derechos sociales, económicos y culturales deben ser congruentes con los principios de conservación de la fauna y flora, no sólo para el caso de aquellos en peligro de extinción, sino de manera general para todos, en procura de garantizar otro derecho fundamental plenamente reconocido para todos y todas.

- ✓ Advierte que el Concejo de Bogotá como Suprema Autoridad del Distrito, se encuentra facultado por la norma de normas y los decretos citados, para presentar y aprobar el Proyecto de Acuerdo, la cual está conforme a derecho.

²³ Tomado de los comentarios realizados por el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal al Proyecto de Acuerdo 281 de 2020.

- ✓ Indica que la iniciativa propuesta en el Proyecto de Acuerdo, permite al Distrito Capital, comprometerse activamente en la construcción de normas que fomentan la inclusión de los animales no humanos y la fauna que compone nuestro entorno en pro de garantizar a nuestros niños, niñas y generaciones futuras su formación y desarrollo en una ciudad incluyente, integradora y con valores de respeto y conservación del ambiente, compuesto por la flora y fauna rural y urbana, lo que nos permite avanzar así en la construcción de un país incluyente y justo con todas las formas de vida.
- ✓ Considera que la iniciativa es concordante con la Política Pública Distrital de Protección y Bienestar Animal 2014-2038, adoptada mediante Decreto 242 de 2015; y con el Plan Distrital de Desarrollo para el período 2020-2024, adoptado mediante Acuerdo Distrital 761 del 11 de junio de 2020.
- ✓ El Proyecto de Acuerdo es viable, porque su objeto contribuye al cumplimiento de normas de rango constitucional²⁴, que consagran el deber del Estado y de las personas que conforman la sociedad de nuestro país, de proteger y conservar los recursos naturales, y garantizar la protección y bienestar de la fauna que habita el territorio nacional.
- ✓ El marco normativo, políticas, planes, programas, campañas y acciones dirigidas a la protección y bienestar animal deben ser incluyentes en el sentido de involucrar todas las entidades que de manera directa o indirecta tienen que ver con el tema o son competentes para el efecto, con el objeto de contrarrestar el déficit de protección normativa de los animales y combatir la inobservancia de las disposiciones legales que prohíban determinadas prácticas como la descrita en el presente Proyecto de Acuerdo.
- ✓ Sugiere que se incluya dentro de las mesas de trabajo -Artículo 5. Creación de la mesa técnica distrital para el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre-, al Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, ya que se enmarca dentro de su misionalidad y de su vocación de custodios de la protección, bienestar y los derechos de los animales no humanos.

Así mismo, se enmarca dentro de lo estipulado en el Decreto 546 de 2016, ya que consideran que es de suma importancia el poder trabajar en la inclusión dentro de los ecosistemas urbanos de la fauna doméstica que tiene interacción con la fauna silvestre.

- ✓ Finalmente, considera que el articulado propuesto en el Proyecto de Acuerdo garantiza los postulados constitucionales y legales, el cual permite unir esfuerzos en torno a la protección y bienestar de los animales que habitan en el Distrito Capital.

²⁴ Véanse los artículos 8 y 79, y el numeral 8 del artículo 95 de nuestra Constitución Política de 1991.

JARDÍN BOTÁNICO “JOSÉ CELESTINO MUTIS”²⁵

- ✓ Señala que la creación de una estrategia cultural y colectiva de cuidado y de la protección de la flora y la fauna silvestre en el Distrito Capital, va encaminado hacia una nueva administración colectiva de los bienes comunes ambientales.
- ✓ Considera que está en coherencia con la nueva misión que el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”, ha establecido respecto a *“Investigar y conservar la flora de los ecosistemas alto andinos y de páramo y gestionar las coberturas vegetales urbanas, contribuyendo a la generación, aplicación y apropiación social del conocimiento para la adaptación del cambio climático, el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo sostenible del D.C. y la región”*.
- ✓ Frente a los cinco (5) artículos que contempla el Proyecto de Acuerdo, considera viable desde el aspecto técnico que el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” apoye la estrategia planteada en el mismo. Teniendo en cuenta las competencias directas que como entidad distrital adscrita al sector ambiente tiene el Jardín Botánico, y considerando además las competencias que le asigna el Decreto 40 de 1993²⁶ y la Resolución 0475 de 2007²⁷.
- ✓ Considera que el Jardín Botánico “José Celestino Mutis” puede aportar en el Proyecto de Acuerdo, dentro de su misionalidad y las metas y proyectos formulados en el marco del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024, mediante el mantenimiento y conservación de las coberturas vegetales del Distrito, especialmente en aquellas áreas donde se plantea realizar recuperación ecológica y se puede encontrar flora silvestre, objeto de protección y cuidado de la presente iniciativa.
- ✓ Señala que con los recursos apropiados para el Jardín Botánico en el marco del Plan Distrital de Desarrollo, permiten el aporte en el cumplimiento del Proyecto de Acuerdo, ya que las actividades están relacionadas con los objetivos estratégicos, la misión y visión de la entidad.

En este sentido y de acuerdo con el artículo 49 del Plan Distrital de Desarrollo, denominado “Plan Plurianual de Inversiones”, en lo que respecta a los Propósitos 1 y 2, se considera con los recursos apropiados y el presupuesto establecido, se podrá atender las acciones necesarias para dar cumplimiento a los dispuesto en la iniciativa en relación con las funciones directas de la entidad.

²⁵ La información contenida en este acápite fue tomada de los comentarios emitidos por el Jardín Botánico al Proyecto de Acuerdo 381 de 2020, con Radicado N° 2020EE3615 del 28 de noviembre de 2020.

²⁶ Por medio del cual se precisa la naturaleza jurídica, la estructura orgánica, las fuentes de financiación y las funciones del Jardín Botánico “José Celestino Mutis”.

²⁷ Por la cual se delegan funciones al establecimiento público Jardín Botánico José Celestino Mutis.

SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN²⁸

- ✓ Considera que una vez revisada la materia de que trata el presente Proyecto de Acuerdo, el Concejo se encuentra facultado para expedir normas en las que se indiquen lineamientos generales a tener en cuenta por parte de la Administración, como son garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente.
- ✓ Señala que el Proyecto de Acuerdo es jurídicamente viable.
- ✓ Con relación al artículo 2º, en lo que respecta a realizar un inventario de la flora y fauna silvestre del Distrito, considera que es pertinente, en la medida en que puede actualizarse el inventario que dispone la Secretaría de Ambiente, dado los cambios que en la actual coyuntura se han presentado en la flora y fauna del Distrito, al no estar tanta población humana en las calles.
- ✓ La Dirección de Ambiente y Ruralidad de la Secretaría de Planeación, emitió sus comentarios, mediante memorando N° 3-2020-12986 del 4 de agosto de 2020, donde se resalta lo siguiente:

“En primer lugar, y una vez revisado el contenido de los aspectos que se buscan reglamentar por parte del Proyecto de Acuerdo puesto a consideración de la entidad, se puede determinar que tales aspectos establecidos en el mencionado proyecto buscan la generación de condiciones que permitan que la ciudadanía en general se apropie de los diferentes componentes de flora y fauna en la ciudad, los cuales en razón de la baja en cantidad de personas que se han retirado de las calles y han dado lugar a que ciertas especies con alto grado de resiliencia, hayan colonizado espacios que antes les resultaban vedados, información que resulta absolutamente pertinente para conocer y aprehender sus comportamientos y generar actuaciones encaminadas a una efectiva clasificación, protección y conservación.

En tal sentido, el contenido de la norma, así como la materia que busca regular, resultan de competencia de las autoridades ambientales con jurisdicción en el distrito, esto es la Secretaría Distrital de Ambiente para el caso del suelo urbano y la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca para el suelo rural; lo anterior en razón a que estas entidades están facultadas legalmente, además de contar con los recursos técnicos, humanos y fiscales para poder efectuar las actividades descritas en el proyecto de norma, tales como control, seguimiento, vigilancia y monitoreo de fauna y flora endémica del Distrito.

(...)

(...) consideramos que los aspectos que se buscan reglamentar por parte del presente proyecto resulta válido dada la necesidad de contar con información precisa que permita

²⁸ La información contenida en este acápite, fue tomado de los comentarios realizados por la Secretaría Distrital de Planeación al Proyecto de Acuerdo 381 de 2020, con Radicado N° 2-2020-57138 del 20 de noviembre de 2020.

establecer la situación de flora y fauna presente en la ciudad, bien sea nativa o foráneo y proceder a efectuar la sistematización para un adecuado seguimiento en tal sentido. (...)”.

SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL²⁹

- ✓ De conformidad con los numerales 1 y 7 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, en efecto le corresponde al Concejo de Bogotá dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del distrito, así como las medidas necesarias para garantizar la preservación y defensa del patrimonio ecológico, los recursos naturales y el medio ambiente. Razón *iuris* de la cual se deduce la competencia del Concejo.

Es de resaltar, que dentro de los diferentes conceptos emitidos por las entidades distritales, anteriormente referidas, se hicieron sugerencias para el articulado, las cuales algunas fueron acogidas, otras no, por la explicación que a continuación se realizarán.

7. OBSERVACIONES A LAS SUGERENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN.

En este capítulo se consignarán las razones por las que no se tuvieron en cuenta algunas de las sugerencias de la Administración, contenidas en los comentarios emitidos al Proyecto de Acuerdo por cada una de las entidades.

La Secretaría Jurídica Distrital sugiere lo siguiente:

- Suprimir los literales h)³⁰ y j)³¹ del artículo 2 del Proyecto de Acuerdo.
- Retirar del artículo 4 de la iniciativa, al Jardín Botánico “*José Celestino Mutis*” de las entidades encargadas de la ejecución del Proyecto de Acuerdo.
- Suprimir el artículo 5 del Proyecto de Acuerdo, por tratarse de la fijación de una nueva competencia en cabeza de las Secretarías de Ambiente y Cultura que excede el límite competencial del Concejo Distrital.
- Cambiar el concepto de “estrategia”, por el de plan, proyecto o política, en los términos establecidos en el marco de las funciones de las entidades implicadas.

En este punto, las razones que se tienen para no aceptar, tales sugerencias, se sustentan a continuación:

²⁹ La información contenida en este acápite, fue tomada de los comentarios del Sector Gestión Jurídica al Proyecto de Acuerdo 381 de 2020.

³⁰ Protocolos que implemente mecanismos idóneos para ahuyentar de manera controlada la fauna silvestre de sectores donde puede estar en riesgo de atropellamiento o amenaza de otro tipo, por su tránsito en zonas habitadas.

³¹ Protocolos y promoción del desarrollo de la investigación en procura de generar propuestas para la prevención, control y mitigación de la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, la accidentalidad vial y el atropellamiento de fauna silvestre.

Primero. La Secretaría Jurídica Distrital, dentro del análisis jurídico que realiza, destaca y reconoce que los trece (13) lineamientos que se fijan en el artículo 2º de la iniciativa, “*servirán de guía para que la administración distrital dé cumplimiento al acuerdo. Estos lineamientos se encuentran formulados con base en la competencia prevista en el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, en tanto que su propósito es garantizar la eficiente prestación de los servicios ambientales a cargo del distrito que, en el marco del proyecto de acuerdo, se trata de la optimización de la estrategia para la promoción del cuidado de la fauna y flora en el distrito*”.

En este orden de ideas, es la misma Secretaría Jurídica quién reconoce que los lineamientos se enmarca dentro de las competencias del Concejo, y que en ningún momento la desborda, por encontrarse inmersa en lo establecido en el numeral 1º del 12 del Estatuto Orgánico de Bogotá – Decreto Ley 1421 de 1993-.

Sin embargo, de manera ambigua y poco clara en sus argumentos jurídicos, señala que dos lineamientos, el h) y el j) del artículo 2º de la iniciativa, pueden invadir la competencia de la Alcaldesa Mayor.

Al respecto, hay que señalar, que los lineamientos contenidos en los numerales h) y j) del artículo 2º, no invaden la competencia de la Alcaldesa Mayor, consagrada en el numeral 3 del artículo 38 del Decreto Ley 1421 de 1993, relacionada con la atribución de “*dirigir la acción administrativa (...)*” del distrito.

Y no invade la competencia de la Alcaldesa Mayor, porque esta discusión ya ha sido aclarada por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca³² en diferentes sentencias, cuando ha determinado que los lineamientos técnicos y administrativos de una determinada materia los debe establecer el Concejo de Bogotá, al tenor de lo previsto en el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, y que la adopción de estos lineamientos le corresponde al Alcalde Mayor.

De esta manera, queda claro el asunto, objeto de controversia jurídica. Adicionalmente podemos indicar, que los lineamientos se enmarca también, dentro de los principios de la función administrativa distrital, contenido en el artículo 3º del acuerdo 257 de 2006³³.

Estos principio se desarrollan en consonancia con el interés general de la ciudadanía y los fines del Estado Social de Derecho, donde se resalta que las Autoridades Distritales³⁴ desarrollarán sus actuaciones observando el principio de colaboración y coordinación³⁵, que permita garantizar la efectividad y materialización de los derechos humanos, sean ellos individuales o colectivos.

³² Véase entre otras: Sección Primera Subsección B, providencia de septiembre 7 de 2006, M.P. María Victoria Quiñones Triana, exp. No. 25000-23-24-000-2006-00229-01.

³³ Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, y se expiden otras disposiciones.

³⁴ Véase artículo 5 del Decreto Ley 1421 de 1993 –Estatuto Orgánico de Bogotá-.

³⁵ Véase artículo 10 del Acuerdo 257 de 2006.

Por último, los lineamientos no están enmarcados en dirigir la acción administrativa de la Alcaldesa Mayor, porque precisamente son una guía para que la Administración Distrital, una vez aprobada la iniciativa, adopte y le dé cumplimiento a la materia tratada en el Proyecto de Acuerdo, que no es otra, que diseñar una estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre de Bogotá.

Segundo. La Secretaría Jurídica Distrital como argumento de la supresión de los lineamientos contenidos en el literal h) y j) del artículo 2 del Proyecto de acuerdo, manifiestan que *“dentro de las funciones básicas establecidas en el ordenamiento jurídico distrital para la Secretaría Distrital de Ambiente, el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” y el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, no se encuentra un sustento que respalde los lineamientos señalados, por lo cual se estaría frente a dos competencias nuevas, y como bien es sabido, esta iniciativa le correspondería de manera exclusiva a la alcaldesa mayor de Bogotá, en los términos del numeral 8 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, en concordancia con el inciso 2º del artículo 13 ibídem. Esto teniendo en cuenta, que de conformidad con el artículo 4 del proyecto, estas son las entidades encargadas de ejecutar lineamientos”.*

Para desvirtuar los argumentos anteriormente expuestos por la Secretaría Jurídica, voy a traer los análisis esbozados en los comentarios emitidos al Proyecto de Acuerdo, por la Secretaría Distrital de Ambiente, el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” y el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, quienes manifiestan todo lo contrario, así:

- La **Secretaría de Ambiente**, adujo *“Que desde el artículo 313 de la Constitución Política de Colombia, y en cumplimiento de este, el numeral 7º del artículo 12 del Decreto 1421 de 1993, se le otorga al Concejo Distrital de Bogotá la función de expedir normas enfocadas al control, preservación y defensa de lo que es considerado como patrimonio ecológico y cultural, recursos naturales y medio ambiente, dentro de los cuales se incluyen a los animales no humanos por conexidad con el medio ambiente.*

*Por lo tanto, **se advierte que el Concejo Distrital como suprema autoridad del Distrito Capital, se encuentra facultado** por la norma de normas y los decretos citados **para presentar y aprobar la presente iniciativa, la cual está conforme derecho y en cumplimiento de las funciones señaladas para tal finalidad**”.* (Negritas y subrayado por fuera del texto original)

- El **Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”**, además de proponer una modificación en el literal h) del artículo 2 de la iniciativa, por estar de acuerdo con ella, señaló también que *“la estrategia está en coherencia con la nueva misión que el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” ha establecido respecto a “Investigar y conservar la flora de los ecosistemas alto andinos y de páramo y gestionar las coberturas vegetales urbanas, contribuyendo a la generación, aplicación y apropiación social del conocimiento para la adaptación del cambio climático, el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo sostenible del D.C. y la región”.*

Seguidamente señala que *“Teniendo esto presente y frente a los cinco (5) artículos que contempla el proyecto de acuerdo, se considera viable desde el aspecto técnico que el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” apoye la estrategia planteada en el mismo.*

Esto teniendo en cuenta específicamente las competencias directas que como entidad distrital adscrita al sector ambiente tiene el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”, considerando las funciones estipuladas para la entidad en el Decreto 40 de 1993 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., “Por medio del cual se precisa la naturaleza jurídica, la estructura orgánica, las fuentes de financiación y las funciones del Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis” y en la Resolución 0475 de 2007 “Por la cual se delegan funciones al establecimiento público Jardín Botánico José Celestino Mutis”.

Adicionalmente, indicó que conforme lo establecido en el Plan Distrital de Desarrollo “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”, aprobado mediante Acuerdo 761 de 2020, el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”, “formuló el proyecto de inversión 7677 –Mejoramiento y Gestión de las Coberturas Vegetales del Distrito Capital y la Ciudad Región, para Reverdecer a Bogotá, cuyo objetivo general es mejorar y aumentar la conectividad, la biodiversidad, las funciones y servicios ambientales y sociales de las coberturas vegetales e infraestructura verde del Distrito Capital y la Región y los objetivos específicos son:

- *Planificar eficientemente la gestión de las coberturas vegetales e infraestructura verde del Distrito Capital en articulación con la región.*
- *Aumentar los procesos de innovación, generación de conocimiento y transferencia tecnológica para la gestión de las coberturas vegetales e infraestructura verde del Distrito Capital en articulación con la región.*
- *Incrementar la participación incidente de la ciudadanía en la gestión de las coberturas vegetales e infraestructura verde de la ciudad capital.*
- *Optimizar la gestión del riesgo asociado a las coberturas vegetales urbanas, competencia del Jardín Botánico José Celestino Mutis.*
- *Incrementar en cantidad y mejorar la calidad de las coberturas vegetales capitalinas competencia del Jardín Botánico José Celestino Mutis, para la prestación de bienes y servicios ecosistémicos y disfrute de la ciudadanía.*

También se indicó, que “es importante aclarar que el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”, puede aportar en el proyecto de acuerdo, dentro de su misionalidad y las metas y proyectos formulados en el marco del Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024, mediante el mantenimiento y conservación de las coberturas vegetales del Distrito, especialmente en aquellas áreas donde se plantea realizar recuperación ecológica y se puede encontrar flora silvestre objeto de protección y protección y cuidado, de conformidad con el objeto del proyecto de acuerdo (...).”

Por último, y por los argumentos expuestos, también se desvirtúa y no se acoge la sugerencia de la Secretaría Jurídica de retirar el Jardín Botánico “José Celestino Mutis” del artículo 4 del Proyecto de Acuerdo.

- El **Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal**, además de indicar que el objeto del Proyecto de Acuerdo, contribuye al cumplimiento de normas de rango

constitucional y legal que consagran la protección al medio ambiente, así como de la jurisprudencia de la Corte Constitucional emitida a favor de los animales; reconoce que la iniciativa se enmarca dentro del Eje 2 de la Política Pública Distrital de Protección y Bienestar Animal –Decreto Distrital 242 de 2015-, denominado “*Respuesta institucional para la protección y el bienestar animal*”, específicamente en la línea de acción “*Normativa y Regulación*”, la cual dispone lo siguiente:

“Promover la creación, difusión y aplicación de la normativa necesaria para que las instituciones puedan ejercer el control y seguimiento efectivo de las situaciones donde se involucren animales en el Distrito Capital, a favor de su protección y bienestar”.

“Regulación y reglamentación de actividades, eventos o situaciones que no estén suficientemente claras o desarrolladas en las normas vigentes, y sean de urgente desarrollo para la protección y bienestar animal en la capital”.

“Gestión para la revisión y actualización de la normatividad vigente en materia de protección y bienestar animal, con especial énfasis en el régimen sancionatorio aplicable”.

“Socialización oportuna de las normas de protección animal, tanto a los grupos objetivo, a las autoridades competentes en el control y vigilancia, así como a la ciudadanía en general”.

Igualmente, destaca que el Proyecto de Acuerdo guarda relación con el objeto del Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, consagrado en el artículo 4 del Decreto Distrital 546 de 2016³⁶, que a la letra dice: “*la elaboración, ejecución, implementación, coordinación, vigilancia, evaluación y seguimiento de planes y proyectos encaminados a la protección y el bienestar de la fauna silvestre y doméstica que habita en el Distrito*”.

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia que para las entidades referidas, existe todo un sustento que respalda los lineamientos establecidos en el artículo 2 del Proyecto de Acuerdo, que se adecúan conforme sus competencias.

También es importante dejar claro, que el Proyecto de Acuerdo en ningún momento se ha sustentado en el numeral 8 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, tal como lo advierte la Administración en sus comentarios³⁷.

Si se observa con detenimiento el capítulo 4, denominado “*Competencia del Concejo de Bogotá*”, la competencia es sustentada en los numerales 1, 7 y 25 del artículo 12 del Estatuto Orgánico de

³⁶ Por medio del cual se crea el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal –IDPYBA-.

³⁷ Específicamente en los comentarios de la Secretaría Jurídica Distrital y la Secretaría Distrital de Ambiente.

Bogotá; razón por la cual, no se explica cómo la Administración puede realizar tal afirmación, que se aparta de la objetividad jurídica contenida en el Proyecto de Acuerdo, y en vez de generar claridad, puede desencadenar en un debate jurídico confuso y contrario a la realidad jurídica contenida en la iniciativa.

Es de precisar que estos numerales que le dan la competencia al Concejo, se encuentra por fuera de la órbita del inciso segundo del artículo 13 del Decreto Ley 1421 de 1993, y por tanto, no son atribuciones que hacen parte exclusiva de la iniciativa de la Alcaldesa Mayor.

Tercero. Con relación a la sugerencia de eliminar el artículo 5º del Proyecto de Acuerdo, por tratarse de la fijación de una nueva competencia en cabeza de las Secretarías de Ambiente y Cultura que excede el límite competencial del Concejo Distrital, debemos advertir que no se acoge tal sugerencia por las siguientes razones:

- El artículo 2 de la Constitución Política señala que dentro de los fines esenciales del Estado, se encuentra: facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan³⁸. Y el artículo 3, establece el principio de participación y concretamente, el principio democrático³⁹, definido por la jurisprudencia de la Corte Constitucional⁴⁰, como universal, en la medida que compromete varios escenarios, procesos y lugares tanto públicos y privados que pueda interesar a la persona, a la comunidad y al Estado⁴¹.
- El artículo 4 del Acuerdo 257 de 2006⁴², establece que “*La Administración Distrital adelantará su gestión acorde con los principios de la democracia, de la participación y del pluralismo, propiciando la corresponsabilidad y el control social, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales*”.
- Los artículos 10, 11, 12 y 13 del Acuerdo 257 de 2006, consagran los principios constitucionales de la función administrativa distrital, y que a la letra señala:

Coordinación: La Administración Distrital actuará a través de su organización administrativa de manera armónica para la realización de sus fines y para hacer eficiente e integral la gestión pública distrital, mediante la articulación de programas, proyectos y acciones administrativas, a nivel interinstitucional, sectorial, intersectorial y transectorial.

Concurrencia: Cuando sobre una materia se asignen a los diferentes organismos y entidades competencias que deban desarrollar en unión o relación directa con otras,

³⁸ 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.

³⁹ QUINCHE RAMÍREZ, Manuel Fernando (2010). Derecho Constitucional Colombiano. De la Carta de 1991 y sus reformas. Cuarta edición ampliada y actualizada. Págs. 65 y 66.

⁴⁰ Sentencia C-089 de 1994, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Democratización y control social de la Administración Distrital.

deberán ejercerlas de manera conjunta y su actuación se ajustará al límite fijado en la norma correspondiente, sin desconocer las atribuciones de cada una.

Subsidiariedad: Cuando un organismo o entidad del Distrito Capital no pueda desarrollar sus competencias, éstas serán asumidas transitoriamente por el organismo o entidad distrital del Sector Administrativo de Coordinación correspondiente con mayor capacidad, las cuales solamente se desarrollarán una vez se cumplan las condiciones establecidas en la norma correspondiente, garantizando la eficiencia y economía de la gestión pública.

Complementariedad: Las servidoras y servidores públicos distritales actuarán colaborando con otras autoridades o servidoras o servidores, dentro de su órbita funcional, con el fin de que el desarrollo de aquéllas tenga plena eficacia.

Por los argumentos expuestos, es que no se acogió la sugerencia de la Secretaría Jurídica Distrital, consistente en eliminar el artículo 5.

Cuarto. Por último, recomienda la Secretaría Jurídica Distrital cambiar el concepto de “estrategia”, por el de plan, proyecto o política, sin ningún argumento jurídico y sin ningún tipo de análisis, que permita entender las razones de la sugerencia. En tal virtud, no se acoge la recomendación, por las siguientes razones:

- Porque el Concejo de Bogotá tiene la competencia para aprobar disposiciones normativas en este sentido, ejemplo de ello, es el **Acuerdo 537 de 2013** “*Por medio del cual se ordena implementar una estrategia para promover la detección temprana, seguimiento, rehabilitación y vigilancia a las personas afectadas por enfermedades huérfanas en el Distrito Capital*”, y el **Acuerdo 706 de 2018** “*Por el cual se fomenta el desarrollo socioeconómico a través de la Estrategia Bogotá Productiva 24 Horas*”.
- Y porque no invade la competencia de la Alcaldesa Mayor, porque el Concejo tiene la potestad de establecer los lineamientos técnicos y administrativos de una determinada materia, con la finalidad de que se establezca o adopte una estrategia, al tenor de lo previsto en el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

Y ya lo hemos advertido, que el Tribunal Administrativo de Cundinamarca⁴³ en diferentes sentencias, se ha manifestado en ese sentido, donde es claro en afirmar que a la Alcaldesa Mayor le asiste la adopción de estos lineamientos.

Con fundamento en los argumentos expuestos, ponemos a consideración del Honorable Concejo de la Ciudad la presente iniciativa.

⁴³ Véase entre otras: Sección Primera Subsección B, providencia de septiembre 7 de 2006, M.P. María Victoria Quiñones Triana, exp. No. 25000-23-24-000-2006-00229-01.

BANCADA PARTIDO ALIANZA VERDE

MARÍA CLARA NAME RAMÍREZ
Concejal de Bogotá

ANDREA PADILLA VILLARRAGA
Concejal de Bogotá
Vocera

MARTÍN RIVERA ALZATE
Concejal de Bogotá

MARÍA FERNANDA ROJAS
Concejal de Bogotá

JULIÁN DAVID RODRÍGUEZ
Concejal de Bogotá

DORA LUCÍA BASTIDAS
Concejal de Bogotá

DIEGO GUILLERMO LASERNA
Concejal de Bogotá

JULIÁN ESPINOSA
Concejal de Bogotá

ANDRÉS DARÍO ONZAGA
Concejal de Bogotá

DIEGO ANDRÉS CANCINO
Concejal de Bogotá

EDWARD ARIAS RUBIO
Concejal de Bogotá

LUIS CARLOS LEAL
Concejal de Bogotá

PROYECTO DE ACUERDO No. 311 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS QUE PERMITAN DISEÑAR UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en particular las conferidas por los artículos 322 y 323 de la Constitución Política y los numerales 1, 7 y 25 del Artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA

ARTÍCULO 1º. OBJETO. Promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital, que permita configurar nuevas prácticas culturales responsables con el ambiente e involucrar a la ciudadanía, al Estado y a los distintos actores de la sociedad civil, con la finalidad de aportar en la resignificación de la valoración social sobre los bienes comunes del ambiente y, superar colectivamente las diversas problemáticas y los diferentes conflictos ambientales que se presentan en el territorio de Bogotá.

ARTÍCULO 2º. LINEAMIENTOS. La estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital, se implementará conforme los siguientes lineamientos:

- a) Diseño y ejecución intersectorial de la estrategia que genere sensibilidad, conciencia e inclusión social para la protección y cuidado de la flora y fauna silvestre en la ciudad.
- b) Diseño e implementación de una estrategia intersectorial para la detección de actividad de fauna silvestre como fuente de información para reconocer espacios con este tipo de actividades.
- c) Diagnóstico que permita establecer un inventario de la flora y fauna silvestre del Distrito.
- d) Fomento y fortalecimiento de la cultura ambiental que permita generar conocimientos y experiencias en los ciudadanos de la flora y fauna silvestre.
- e) Registro de sectores con actividad animal inusual –ciertas especies con alto grado de resiliencia y que han colonizado espacios que antes les resultaban vedados- mediante formatos o herramientas recomendadas por la autoridad competente.
- f) Monitoreo continuo y periódico del espacio público donde la flora y fauna silvestre se ha establecido de manera temporal o permanente.

- g) Diagnóstico de zonas donde tradicionalmente se registran avistamientos y/o atropellamientos de fauna silvestre y/o zonas con áreas boscosas.
- h) Sistema de información confiable y accesibles que le permita a los ciudadanos realizar reportes a las entidades competentes en lo que respecta al avistamiento y eventos de atropellamiento de fauna silvestre en vías y/o en espacio público o en cercanía a ellas.
- i) Protocolos que implementen mecanismos idóneos para permitir el tránsito seguro de la fauna silvestre en sectores donde puede estar en riesgo de atropellamiento o amenaza de otro tipo en zonas habitadas.
- j) Protección y cuidado de la flora silvestre en la zona rural, urbana y en el espacio público como estrategia para reverdecer la ciudad y reducir su vulnerabilidad frente a la crisis climática, exceptuando aquellas especies de flora silvestre que tengan un comportamiento de tipo invasor que para tal caso tienen un manejo especial determinado por las autoridades ambientales competentes.
- k) Promoción y fortalecimiento de la investigación, capacitación y educación sobre la flora silvestre en el Distrito.
- l) Protocolos y promoción del desarrollo de la investigación en procura de generar propuestas para la prevención, control y mitigación de la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, la accidentalidad vial y el atropellamiento de fauna silvestre.
- m) Fortalecimiento y restauración ecológica de ecosistemas degradados.
- n) Promoción y sensibilización que permita desincentivar y erradicar el uso de piel de fauna silvestre en la producción de calzado, vestido y artesanía de la ciudad.
- o) Implementación de mecanismos de desarrollo de proyectos estratégicos con países, entidades científicas o universidades –nacional o internacional- líderes en la protección y cuidado de la flora y fauna silvestre que permita posicionar a Bogotá, Distrito Capital, como líder ecológico mundial.

ARTÍCULO 3º. ELEMENTOS. Para la planeación, formulación, diseño, implementación y desarrollo de la estrategia que se dicta mediante este Acuerdo, las entidades referidas en el artículo 4º, dentro del ámbito de su competencia, deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) Difusión continua y periódica de información sobre el manejo adecuado de la flora y fauna silvestre en la ciudad, de las zonas donde se presente o sea factible la movilización de fauna silvestre, indicando las causas o zonas atribuibles a la misma, y las acciones que se recomiendan adoptar para evitar la colisión mortal de aves contra cristales o ventanas de edificios, la accidentalidad vial y el atropellamiento de ejemplares (señalización preventiva, reductores de velocidad, entre otros, conforme los parámetros contenidos en la normatividad vigente aplicable).

- b) Promoción, estímulo e incentivo del liderazgo ambiental de diferentes actores (entidades públicas distritales y entidades responsables y corresponsables) a través de capacitaciones y mesas de trabajo que permita difundir el manejo adecuado de la flora y fauna silvestre, garantizando la participación de actores claves (como el gremio de la construcción, los concesionarios viales y los contratistas de obra, entre otros), que le permita replicar la información y las acciones recomendadas entre sus empleados.
- c) Promoción, incentivo y actualización en la ejecución de proyectos, obras -públicas o privadas- o actividades que se encuentran en trámite, en proceso de seguimiento de licencia ambiental o que tengan planes de adaptación a la guía u otros instrumentos ambientales o sectoriales, sobre la presencia, tránsito y/o paso de ejemplares de fauna silvestre en sus áreas de influencia.
- d) Promoción, fomento y desarrollo de campañas ciudadanas y de investigación dirigidas a promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital.
- e) Garantizar los recursos necesarios para el diseño, publicación, divulgación e implementación de la estrategia.

ARTÍCULO 4º. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO. La Secretaría Distrital de Ambiente -Subdirección de Silvicultura, Flora y Fauna-, el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, el Jardín Botánico de Bogotá “José Celestino Mutis”, el Instituto Distrital para la Gestión del Riesgo y Cambio Climático –IDIGER- y todas aquellas entidades del Distrito que tengan a su cargo la administración, manejo, mantenimiento y conservación de áreas estratégicas pertenecientes a la Estructura Ecológica Principal de Bogotá, en coordinación con las demás entidades públicas del distrito con corresponsabilidad en el tema, dentro del ámbito de su competencia, serán las encargadas de coordinar el diseño, implementación y seguimiento de la estrategia para promover el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre en el Distrito Capital.

ARTÍCULO 5º. CREACIÓN DE LA MESA TÉCNICA DISTRICTAL PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA FLORA Y FAUNA SILVESTRE. La Secretaría Distrital de Ambiente, el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal en colaboración con la Secretaría Distrital de Cultura, la Secretaría de Educación Distrital y la Secretaría Distrital del Hábitat, en el marco de sus competencias, crearán la Mesa Técnica Distrital para el cuidado y protección de la flora y fauna silvestre que permitirá velar por el cumplimiento de esta estrategia.

ARTÍCULO 6. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

PROYECTO DE ACUERDO No. 312 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 terminales⁴⁴. 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)⁴⁵.

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 productividad⁴⁶.

⁴⁴ 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

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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 prejuicios 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.»⁴⁷

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)⁴⁸. Una iniciativa similar – y alineada con el Plan de la OMS – es aquella

⁴⁷ 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>

⁴⁸ 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

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 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)⁴⁹.

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

participación de personas con trastornos y discapacidades mentales en la formulación y promoción de políticas afines a la salud mental (OMS, 2013).

⁴⁹ 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).

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 (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%

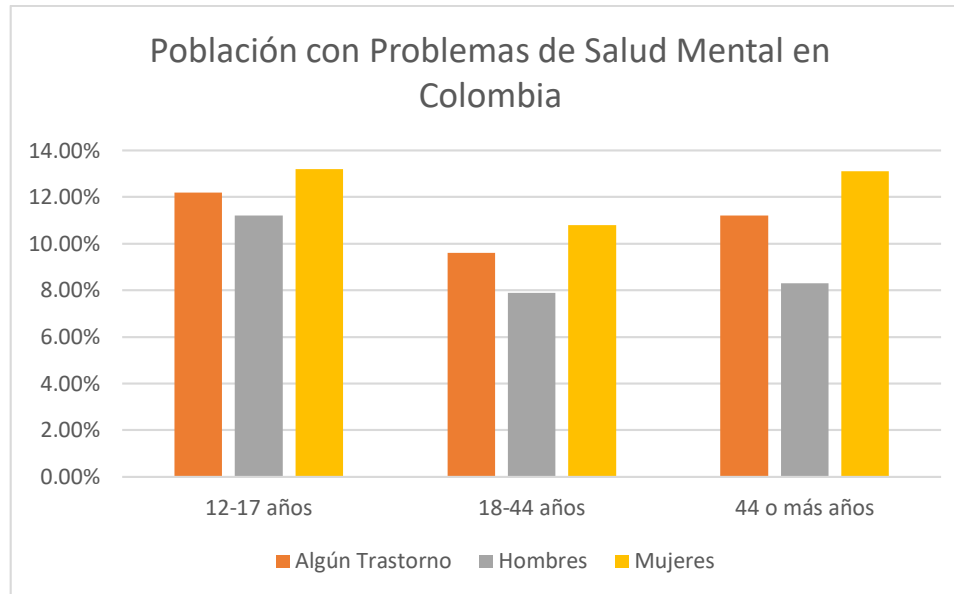
Bolivia	12,76%	3,09%	4,24%	0,85%	0,31%	0,19%
Chile	16,08%	4,05%	6,27%	0,79%	0,42%	0,2%
Colombia	10,04%	2,19%	2,51%	0,77%	0,26%	0,21%
Costa Rica	11,06%	2,9%	2,94%	0,84%	0,29%	0,21%
Cuba	14,1%	3,32%	4,62%	0,94%	0,26%	0,2%
Ecuador	12,8%	2,97%	4,31%	0,88%	0,36%	0,2%
El Salvador	11,04%	3,03%	2,95%	0,77%	0,24%	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 Colciencias⁵⁰, 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:

⁵⁰ Encuesta aplicada a nivel nacional en el 2015 a 15.351 personas: 2.727 personas entre los y los 11 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.

Gráfico 1

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

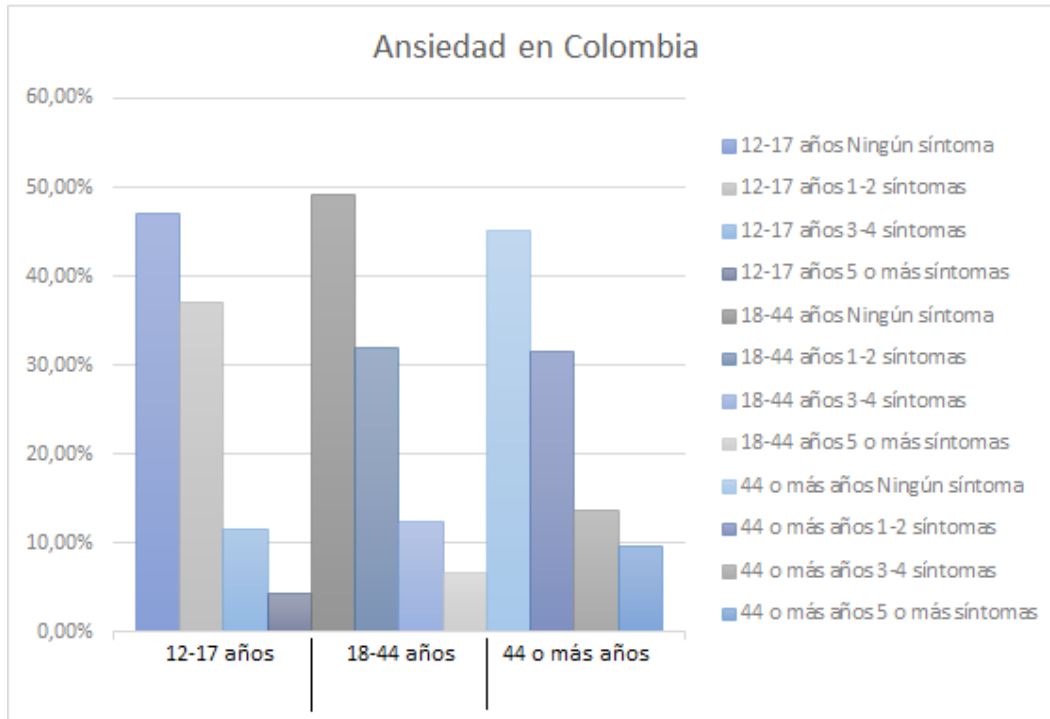
En lo tocante a la ansiedad, en el primer grupo (12-17 años) el 37,1% presenta 1-2 síntomas, siendo el 33,6% hombres y el 40,5% mujeres. El 11,6% presenta 3-4 síntomas, siendo 10,1% hombres y 13,0% mujeres. Y el 4,3% presenta 5 o más síntomas, siendo el 4,4% mujeres.

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.

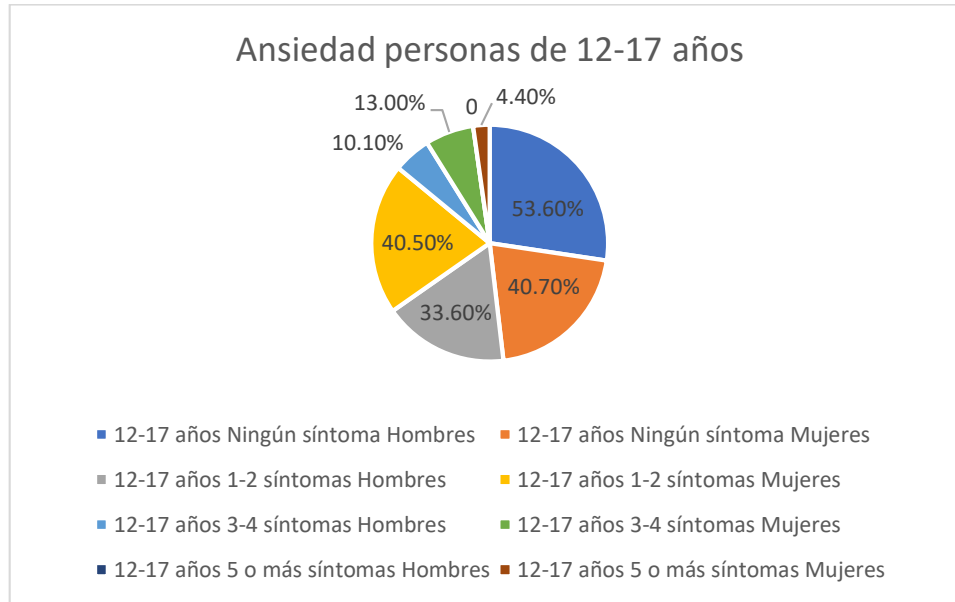
La siguiente serie de gráficos presenta los datos que se dieron anteriormente.

Gráfico 2



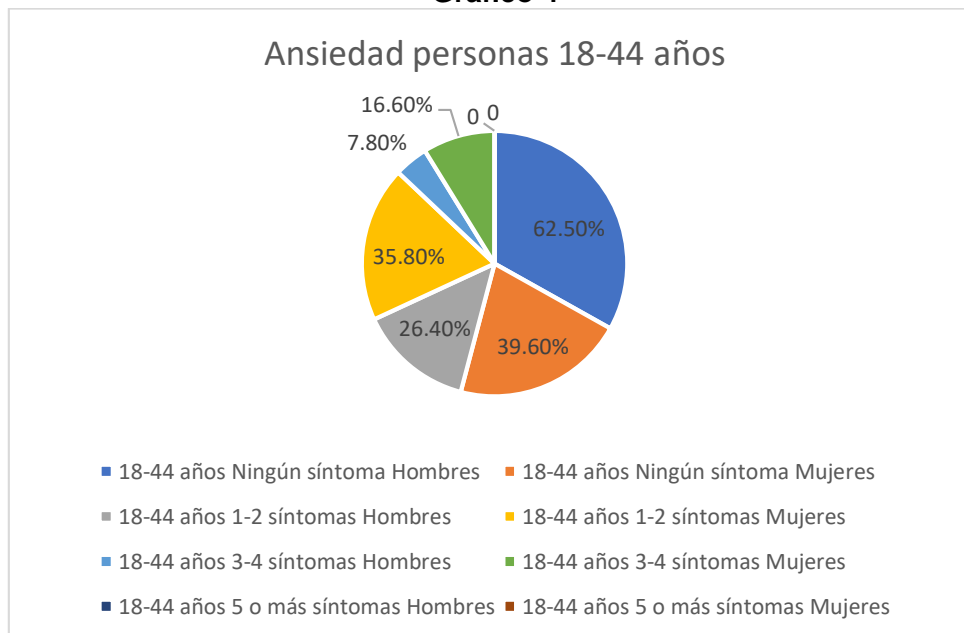
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 3

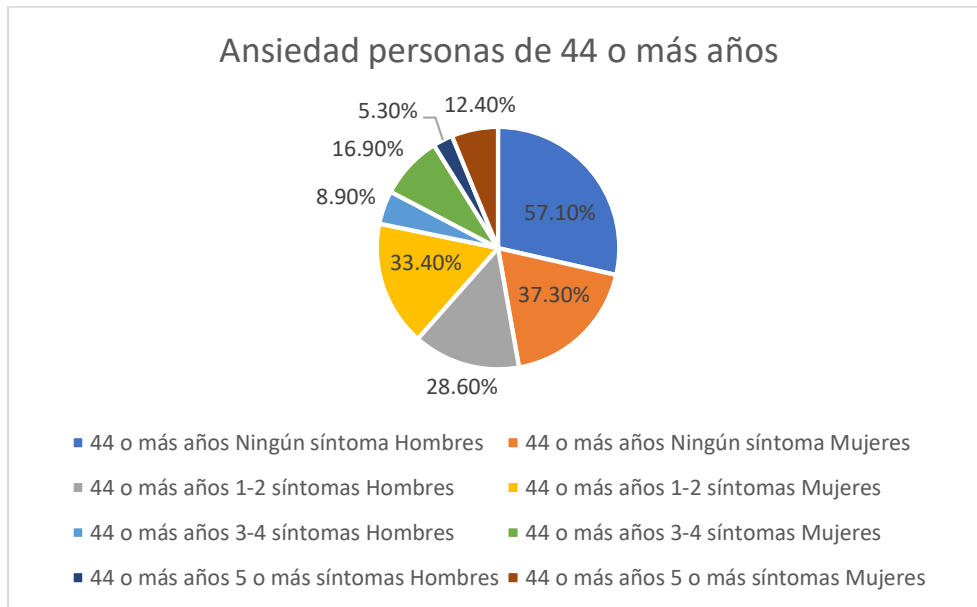


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 4



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

Gráfico 5

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

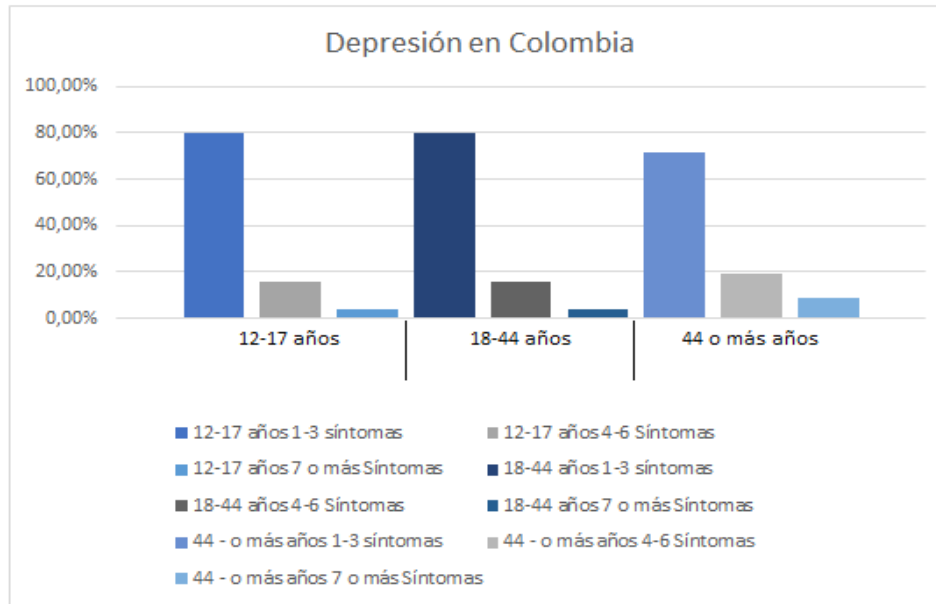
En cuanto a la depresión, en el primer grupo (12-17 años) un 80,3% presenta 1-3 síntomas, siendo 81,6% hombres y un 79,0% mujeres. Un 15,8% presenta 4-6 síntomas, siendo el 15,0% hombres y el 16,6% mujeres. Y el 3,9% presenta más de 7 síntomas, siendo un 4,4% mujeres.

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.

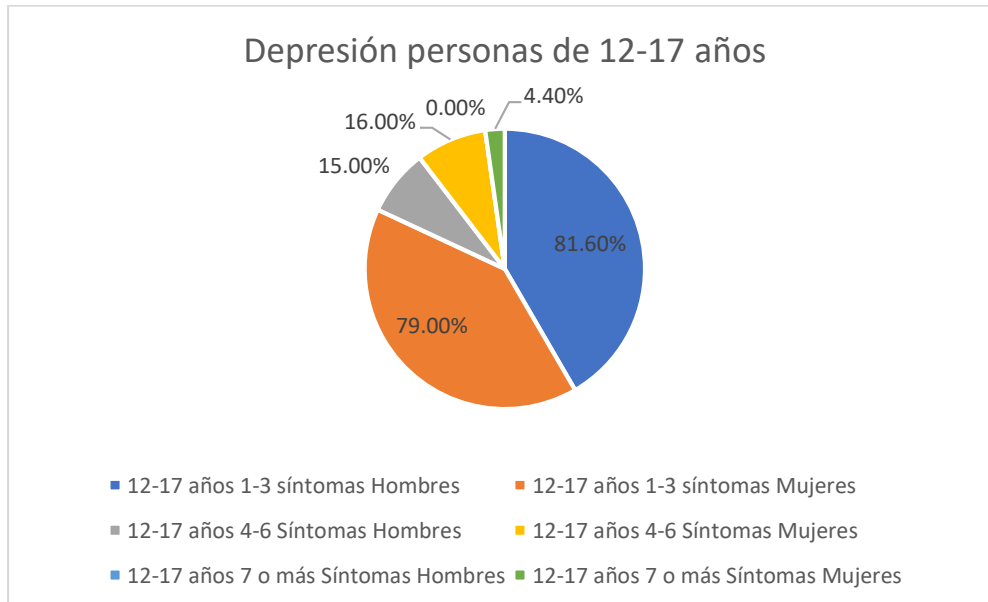
La siguiente serie de gráficos presenta los datos que se dieron anteriormente.

Gráfico 6



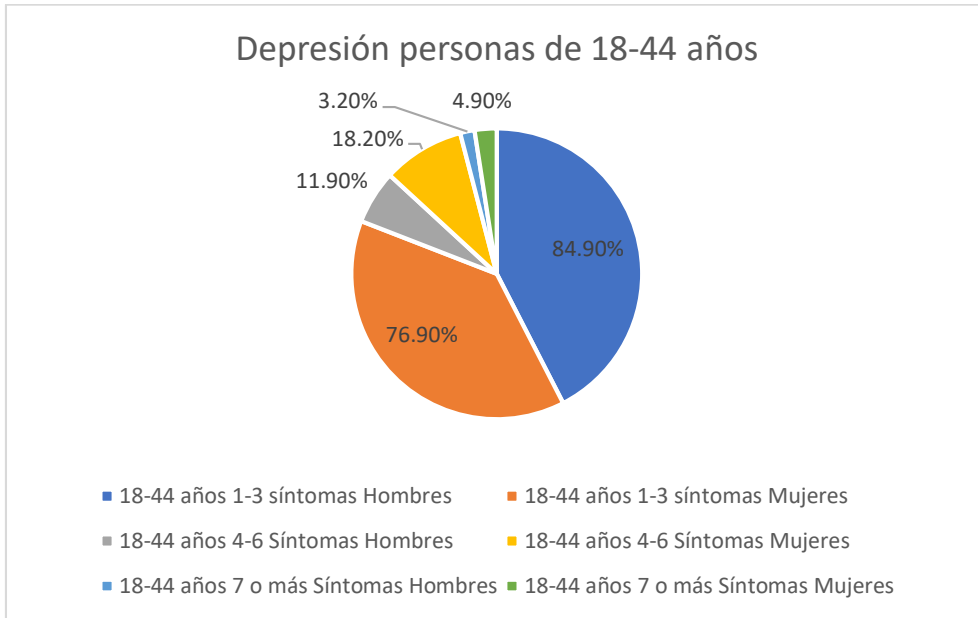
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 7



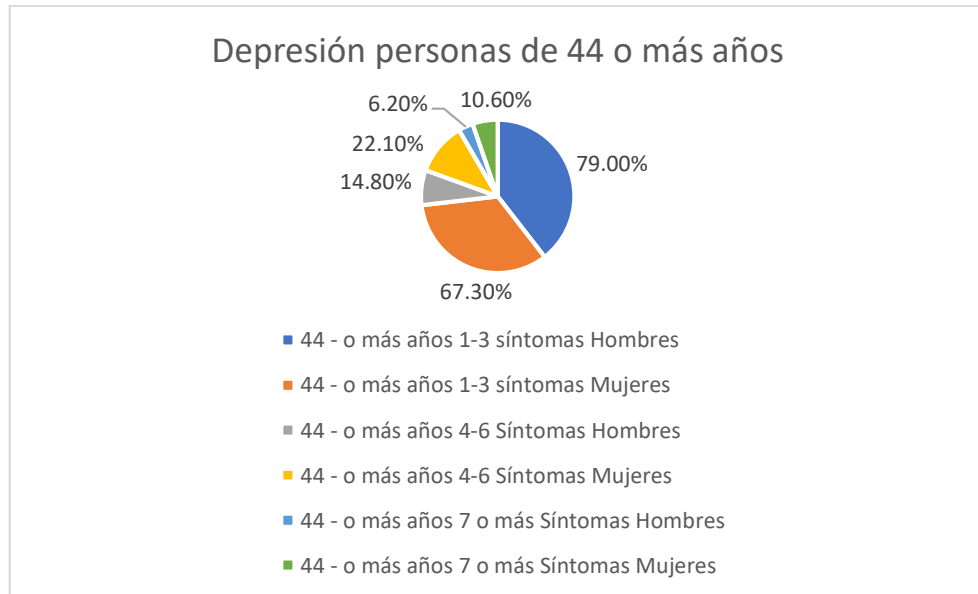
Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

Gráfico 8



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

Gráfico 9

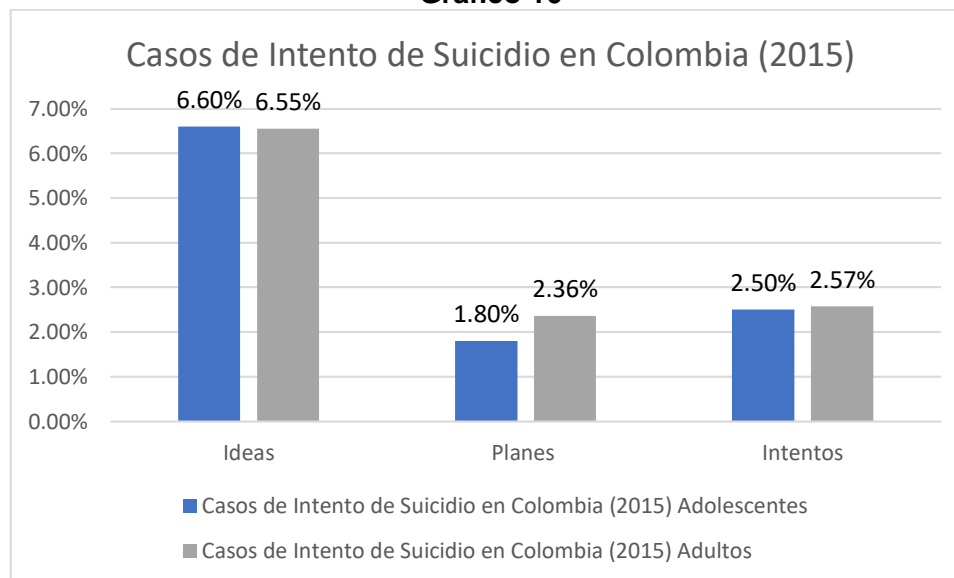


Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Elaboración propia.

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.

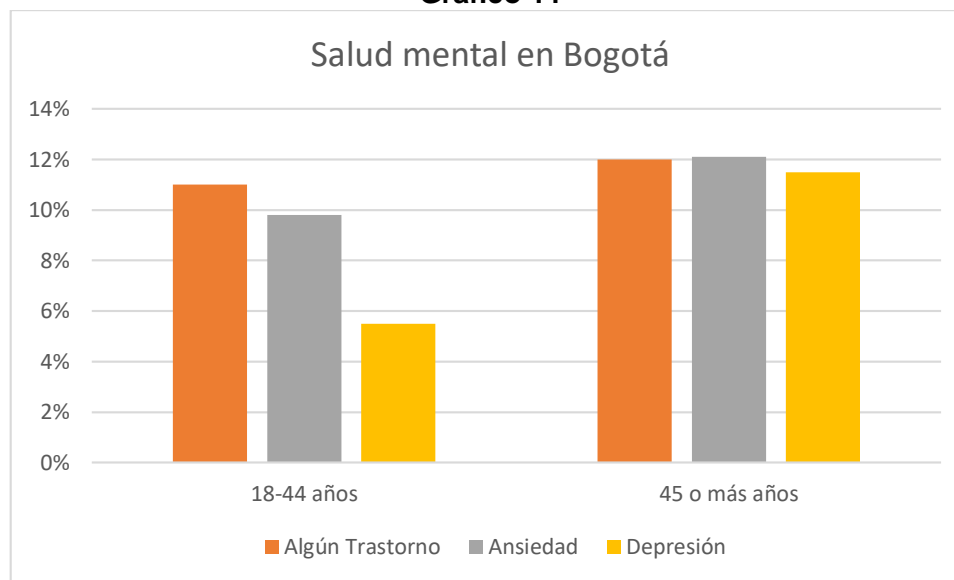
Bogotá D.C. no está exenta de la presencia de problemas de salud mental entre sus habitantes, además de la depresión. Según un estudio hecho por la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el 2017⁵¹, la ansiedad es el primer trastorno de salud mental que afecta a la población bogotana, afectando mayormente a la población adulta y afectando

⁵¹ 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.

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 población femenina, y dando la cifra de una tasa de suicidio del 3,7% por cada 100,000 habitantes en 2015 (Agrupación & 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: *Fuentes: 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.

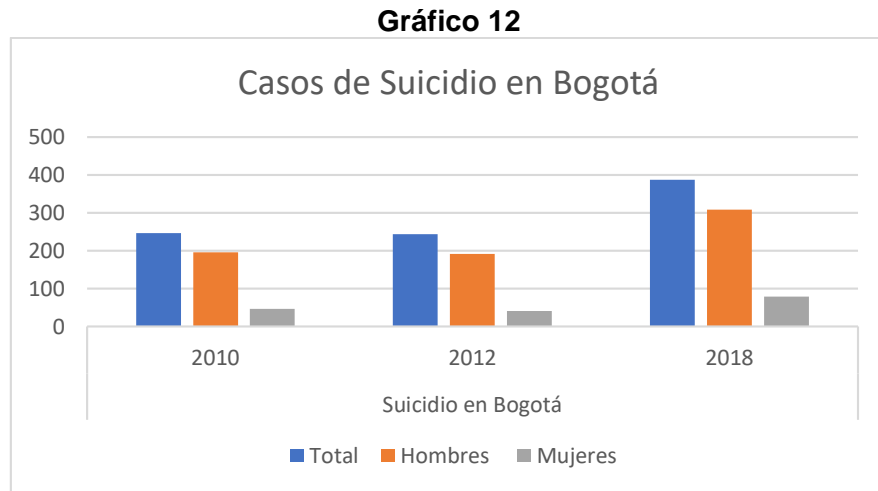
Tabla 9

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:



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

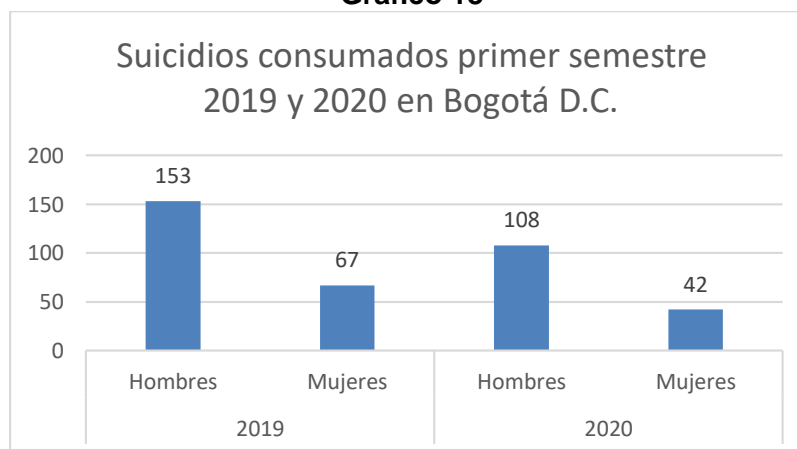
Casos de suicidio en Bogotá, por localidad y género (2018)

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

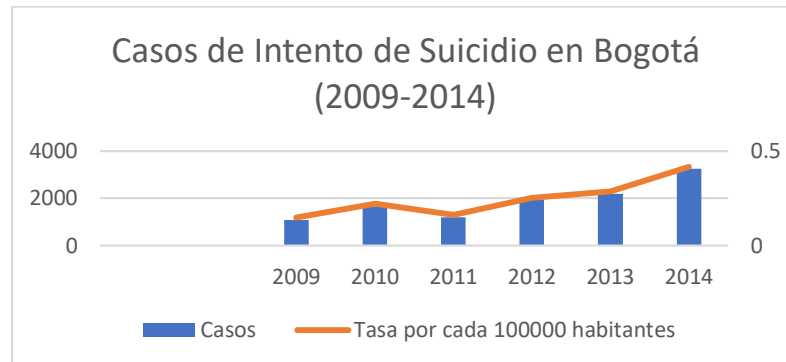


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. (10 de septiembre de 2020). Elaboración Propia.

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.

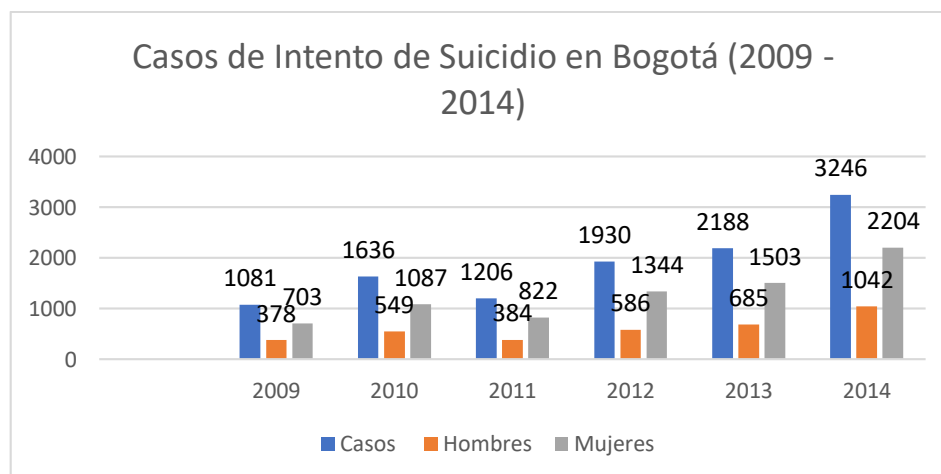
Sin embargo, es necesario ver los datos de intentos de suicidio en la población general de la ciudad, para poder ver la evolución y desarrollo de la problemática en la última década. Durante el 2009

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.

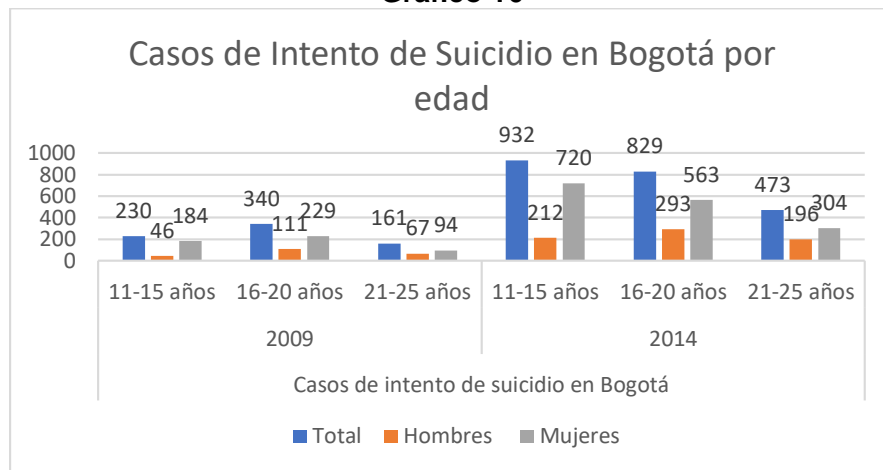
Gráfico 15

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

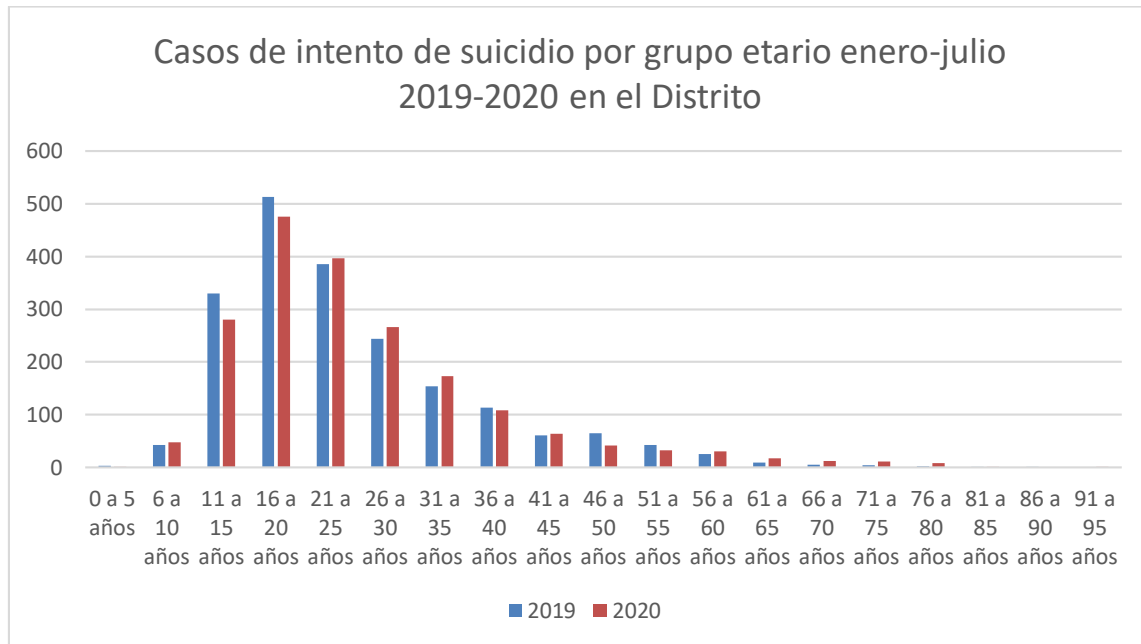


Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Enero de 2016). Elaboración propia.

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)
Recorre 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)⁵², 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.)⁵³:

Tabla 19

Corto Plazo	Largo Plazo
<ul style="list-style-type: none"> - Culpa - Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés postraumático, con tendencia a sufrir sobresaltos, sensación permanente de

⁵² 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/W;jsessionid=A6C8B01730974C93D32CF038D784EC54?sequence=1>

⁵³ 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"> - Miedo - Confusión - Rabia - Insensibilidad 	<p>ansiedad o tensión, dificultades para dormir, brotes de ira, problemas de la memoria, y pensamientos negativos sobre sí misma y sobre los demás.</p> <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)⁵⁴, 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 cotidianidad 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)⁵⁵, 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

⁵⁴ 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/>

⁵⁵ 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>

pandemia misma, la población vulnerable, que algún familiar se contagie de Coronavirus, y que algún familiar 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.*

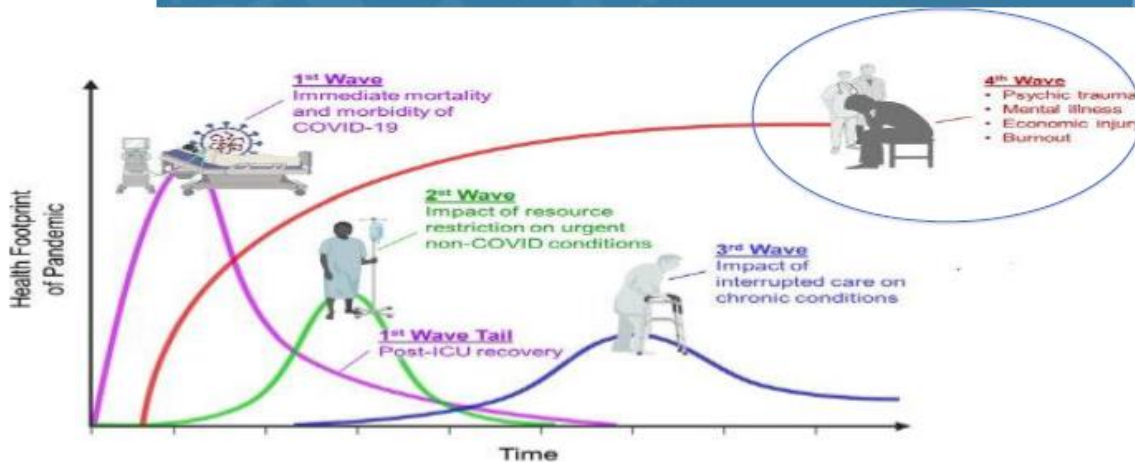
Lo anterior brinda una somera idea de lo que sería el estado de la salud mental tanto en el país como en el Distrito una vez pase la pandemia. De hecho, la OMS lanzó una advertencia sobre los efectos que la pandemia tendrá en la salud mental a futuro, en donde el aumento de suicidios y de trastornos 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)⁵⁶.

Esta posibilidad es corroborada por Oviedo Lugo (2020)⁵⁷, 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

Impacto de la Pandemia en la Salud Mental



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.

⁵⁶ 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>

⁵⁷ 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 vacunas 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)⁵⁸.

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 epidemiológica⁵⁹.

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

⁵⁸ 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.

<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>

⁵⁹ 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.

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.

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 mental⁶⁰.

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,

⁶⁰ Prácticamente los mismos objetivos de la Política Nacional de Salud Mental 2014 – 2021.

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 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 Familiar⁶¹.

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

⁶¹ 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>

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 mental⁶².

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 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 entidades⁶³.

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 mental⁶⁴.

⁶² 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

⁶³ 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>

⁶⁴ 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>

Línea 106

La línea 106 está diseñada para ser un 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

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 desplaza, 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 lucha⁶⁵.

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

⁶⁵ 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/>

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

“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—Amplíese 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/W;jsessionid=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.secretariasenado.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](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/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](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/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. 312 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. 313 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****11. 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 atiende el parto, del Distrito.

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

13. 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 Preferencial para la atención al adulto mayor en las entidades del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”	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). 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.

14. 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 parto⁶⁶:

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.

⁶⁶ Ver: Hospital Sanitas La Zarzuela. (n.d.). Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado. Sanitas. Madrid, España; Sanitas. <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>

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 fármaco 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)⁶⁷, 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, 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

⁶⁷ 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>

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)⁶⁸, 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)⁶⁹, 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.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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>

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 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)⁷⁰. 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 madre⁷¹.

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 respeta y considera 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).

⁷⁰ 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>

⁷¹ Ver: Íbid, p. 21.

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.

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)⁷², 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.

⁷² 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

- 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 7⁷³.
- 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 vertebral⁷⁴).

15. 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)⁷⁵, 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:

⁷³ 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 cardiaca, 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 (unió de 2014).

Evaluación de Escala de APGR.

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

⁷⁴ Ver: Instituto Marqués. (2021). La anestesia epidural o peridural.

<https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-la-mujer/la-anestesia/anestesia-epidural-o-peridural/>

⁷⁵ World Bank. (2021). Birth rate, crude (per 1,000 people).

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

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)⁷⁶:

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.

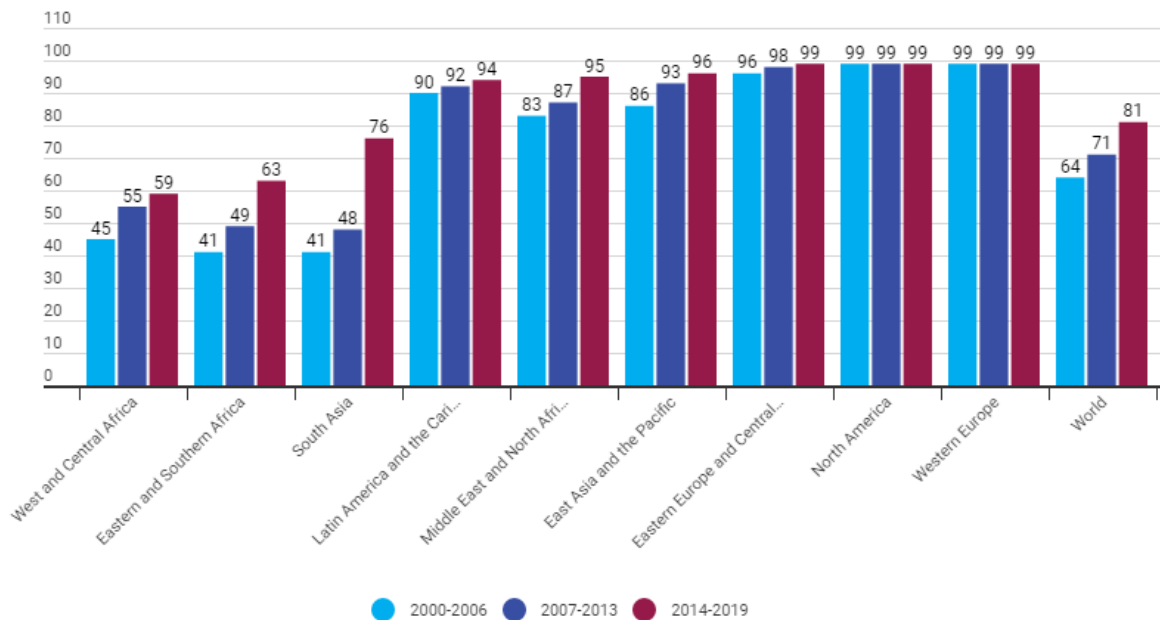
Adicionalmente, se tiene que los nacimientos asistidos por personal calificado a nivel mundial han presentado un aumento importante en los últimos 20 años, aunque también cabe indicar que continentes como África (Occidental, Central, Oriental y Sur) son las regiones con el menor porcentaje de partos asistidos por personal calificado, de igual manera que el sur de Asia. América

⁷⁶ Ritchie, H. (2019). How many people die and how many are born each year? Our World in Data. <https://ourworldindata.org/births-and-deaths>

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)⁷⁷.

Gráfico 2.

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



Tomado de: UNICEF (Octubre 2020)

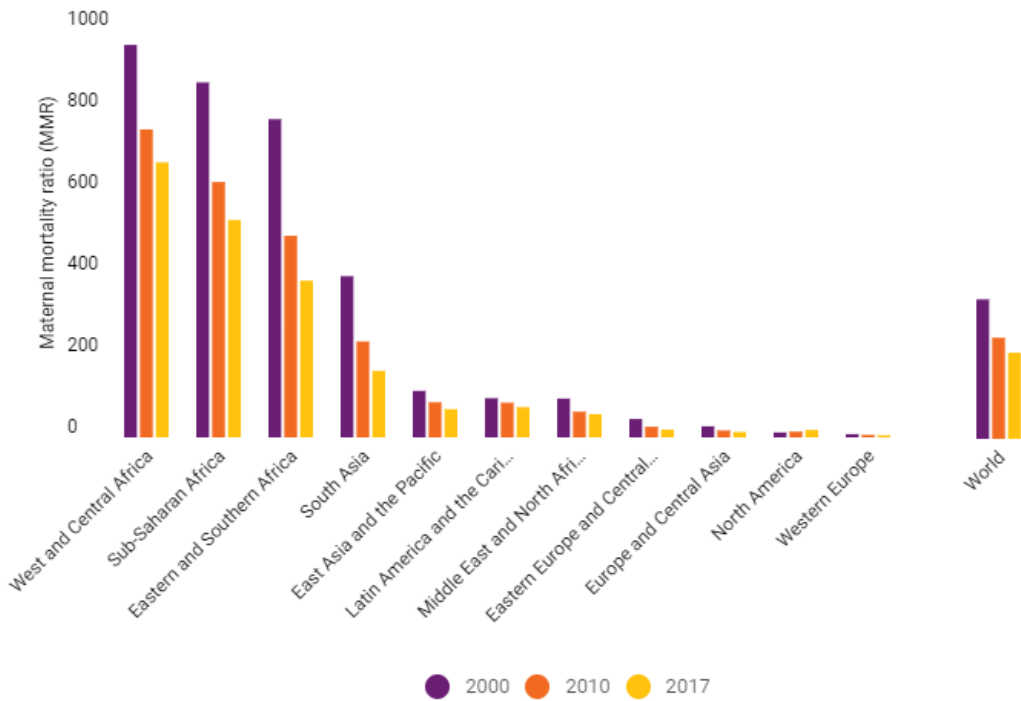
A su vez, se observa que las tasas de mortalidad materna durante el parto en el periodo comprendido entre los años 2000 a 2017, han venido presentando una reducción a nivel global en las últimas dos décadas. Pese a esto, las tasas de mortalidad por 1,000 madres gestantes son persistentemente altas en 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)⁷⁸:

⁷⁷ UNICEF. (October 2020). Delivery Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

⁷⁸ UNICEF. (September 2019). Maternal Mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

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)⁷⁹:

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

⁷⁹ WHO. (2020). Institutional births. Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SRHIB?lang=en>

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)⁸⁰, 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

⁸⁰ WHO. (2020). Births attended by skilled health personnel. Data by country.

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

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

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)⁸¹:

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

⁸¹ WHO. (2020). Births by caesarean sections. Data by country.

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

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)⁸²:

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

⁸² WHO. (2020). Antenatal care coverage.

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4?lang=en>

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)⁸³:

Tabla 6.

Mortalidad materna estimada, (2015 o último año disponible) y % 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

⁸³ OECD. (2020). Mortalidad materna. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es>

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)⁸⁴:

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

⁸⁴ 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>

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)⁸⁵:

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

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)⁸⁶:

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,

⁸⁵ 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>

⁸⁶ 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>

en especial el de tipo espontáneo. Sin embargo, cabe anotar que el parto instrumentado presenta un leve incremento en comparación con el año 2018⁸⁷:

Tabla 10.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2019)

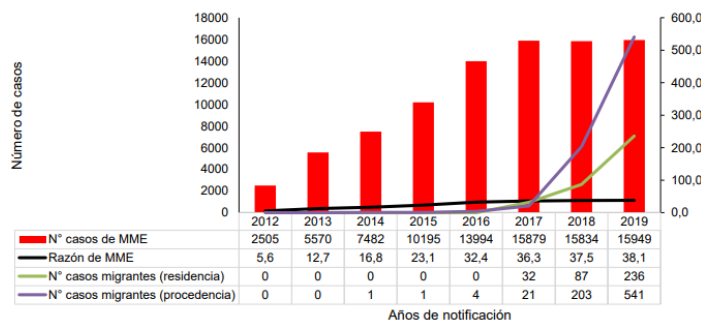
TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	642.660	349.365	286.035	6.954	306	0
Institución de salud	632.385	339.396	286.035	6.954	0	0
Domicilio	9.197	8.903	0	0	294	0
Otro sitio	1.078	1.066	0	0	12	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

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

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)⁸⁸:

Gráfico 4.

¿Cómo se comporta el evento?



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

Tomado de: Instituto Nacional de Salud (2020)

⁸⁷ 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>

⁸⁸ Instituto Nacional de Salud. (2020). Morbilidad Materna Extrema. Periodo epidemiológico IX. Colombia 2020. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20IX%202020.pdf>

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%
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)⁸⁹, 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

⁸⁹ 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>

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					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	114.013	61.216	49.777	3.019	1	0
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.

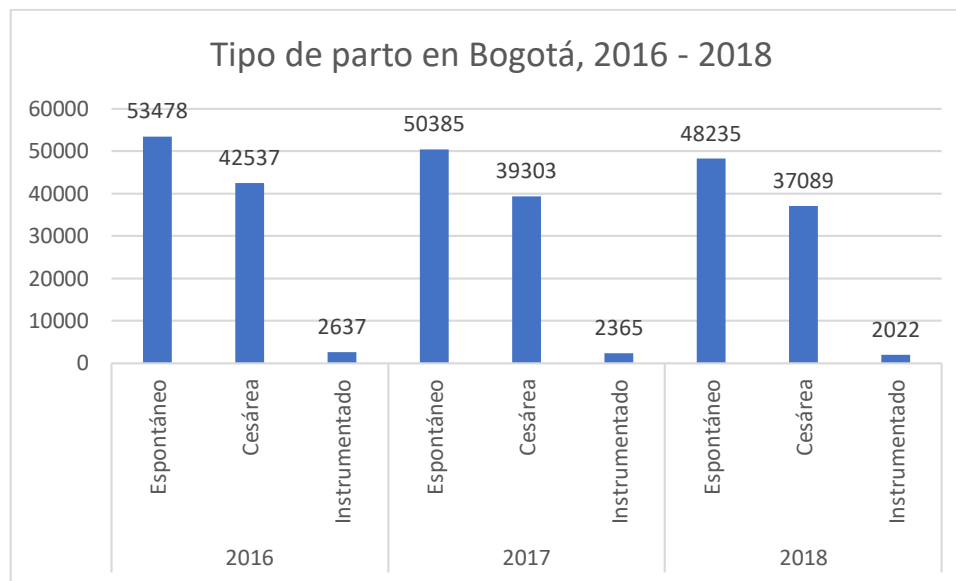
NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL DISTRITAL (2019)

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)⁹⁰:

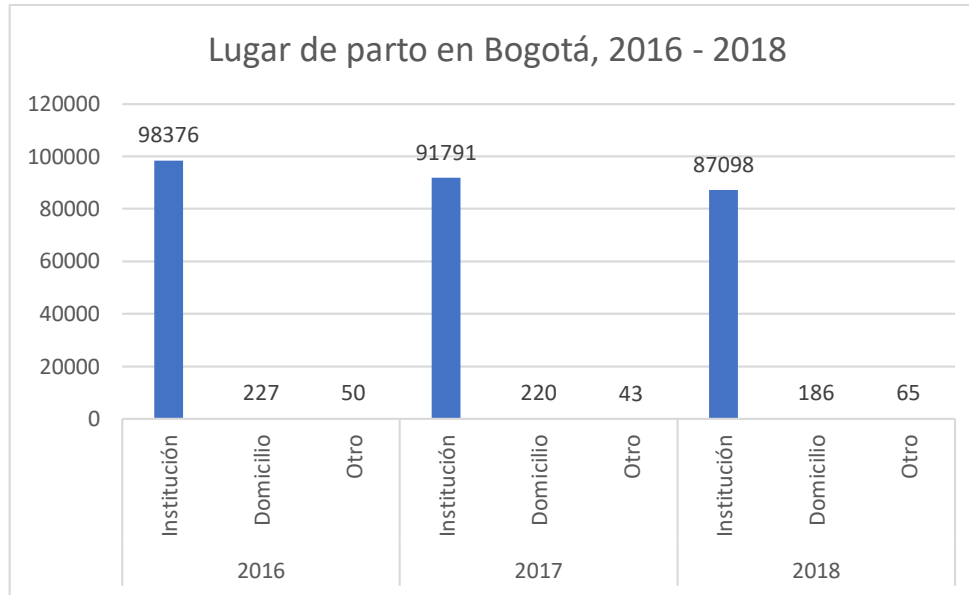
Gráfico 5.



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

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):

⁹⁰ 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/

Gráfico 6.

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

Ahora bien, la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁹¹ 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):

⁹¹ 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-USAQUÉN	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)⁹² 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

⁹² Ver nota de pie de página número 26.

partos en los domicilios fueron más frecuentes en las Localidades de Ciudad Bolívar, Suba, Kennedy, Bosa y Usme en ambos periodos:

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. SANTAFE	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).

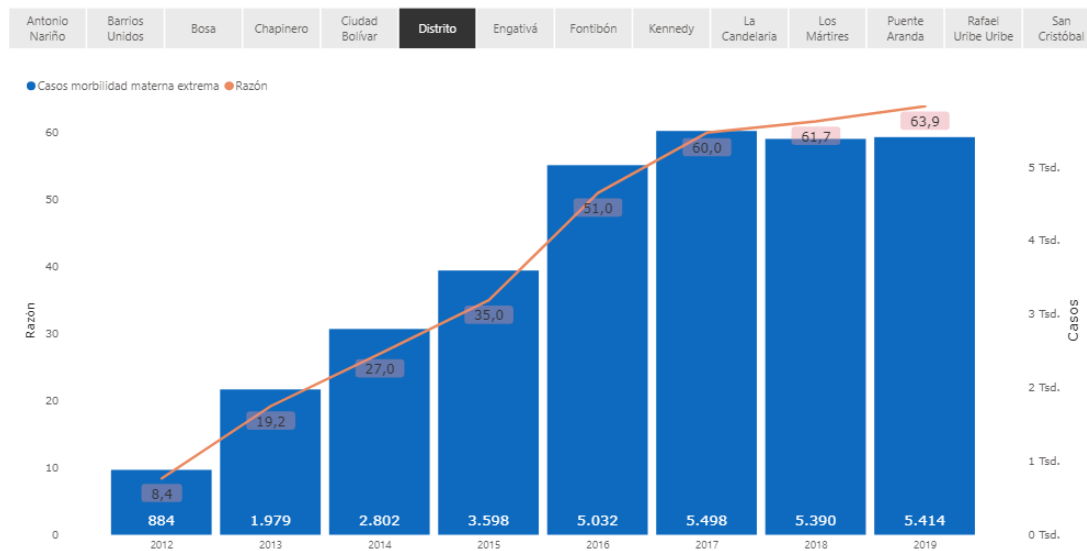
La morbilidad materna extrema (MME)⁹³, por otro lado, ha presentado un aumento en el número de casos en el Distrito en el período comprendido entre el año 2012 a 2019, si bien el Observatorio

⁹³ 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

Distrital explica que el aumento de casos se debe ante todo al fortalecimiento del sistema de vigilancia 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.

(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/>

Cifras arrojadas por la Rodríguez Alfonso (n.d.)⁹⁴, 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%

⁹⁴ 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

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

A su vez, y de acuerdo con la respuesta hecha por la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)⁹⁵, 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

⁹⁵ Ver nota de pie de página número 26.

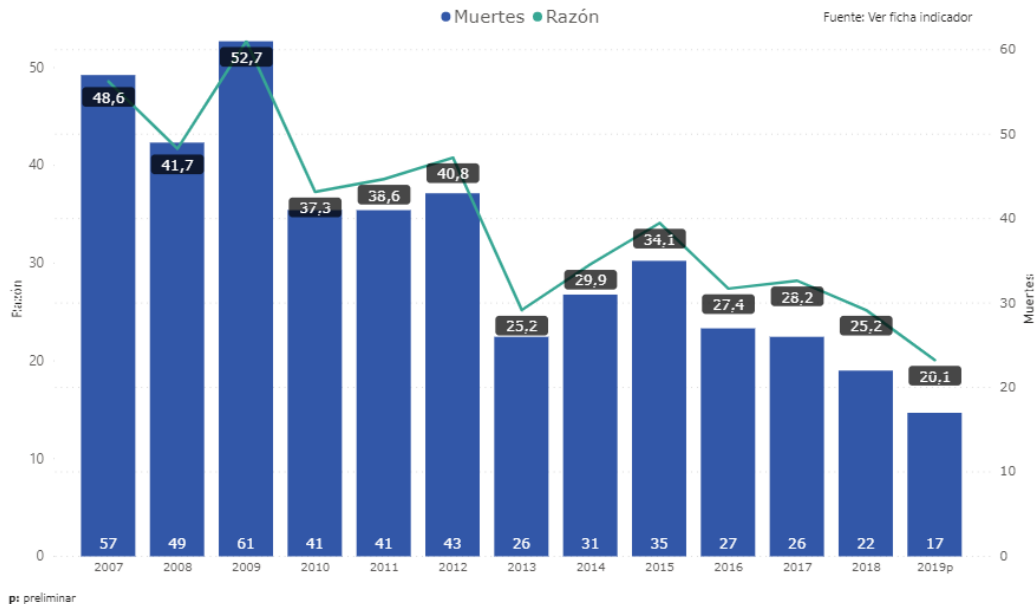
LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
13-TEUSAQUILLO	83	64,2	59	55,7
14-LOS MARTIRES	84	63,9	86	76,3
15-ANTONIO NARIÑO	66	69,6	62	69,2
16-PUENTE ARANDA	137	56,6	114	56,2
17-LA CANDELARIA	17	61,8	34	169,2
18-RAFAEL URIBE	337	73,9	290	71,4
19-CIUDAD BOLIVAR	519	58,0	550	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 significativa 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)⁹⁶:

⁹⁶ 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/>

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.)⁹⁷.

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

⁹⁷ 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

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)⁹⁸, 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

⁹⁸ Ver nota de pie de página número 26.

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).

16. 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**⁹⁹. 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 periodos 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**¹⁰⁰, la cual plantea la estrecha relación entre la sexualidad y la reproducción con la calidad de vida en sus ámbitos individual como social, siendo

⁹⁹ 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

¹⁰⁰ 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.mineducacion.gov.co/1621/articulos-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf

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.

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**¹⁰¹, 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

¹⁰¹ 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>

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 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**¹⁰², 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 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.

¹⁰² 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%2010.pdf>

- **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 país¹⁰³. 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

¹⁰³ 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

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.)¹⁰⁴. 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)**¹⁰⁵, 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 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

¹⁰⁴ 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>

¹⁰⁵ 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>

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 asfisia, 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-MAITE¹⁰⁶, al percibirse una brecha existente entre los territorios y dentro de los mismos, además de 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”**¹⁰⁷. 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

¹⁰⁶ 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 [Resolución Número 2626 de 2019].

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

¹⁰⁷ 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>

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. 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**¹⁰⁸, 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

¹⁰⁸ 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

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**¹⁰⁹, 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.

Otra guía es la **Guía de sepsis en obstetricia**¹¹⁰, 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**¹¹¹, 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

¹⁰⁹ 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

¹¹⁰ 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

¹¹¹ 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>

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 2013¹¹², 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**¹¹³, 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 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)¹¹⁴, 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 materna y perinatales; disminuir la frecuencia de

¹¹² 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>

¹¹³ 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>

¹¹⁴ 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>

encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas; y prevenir la hemorragia postparto. En un sentido similar, se tiene la **Guía de atención de parto instrumentado**¹¹⁵, 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**¹¹⁶, 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 morbimortalidad 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.)¹¹⁷, 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.

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.

¹¹⁵ 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>

¹¹⁶ 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>

¹¹⁷ 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 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.

17. MARCO NORMATIVO

17.1 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 fundamente 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.

17.2 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”.

17.3 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 DICTSAN 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 1º. 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 3º. 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 5º. 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.

17.4 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*

18. 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”.

19. 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 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las

ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo”

20. 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)¹¹⁸, 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)¹¹⁹, tratos negativos hacia la madre gestante son bastante frecuentes en los centros de salud, y suelen incluir maltrato físico y verbal, la ejecución de 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

¹¹⁸ Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113 – 128. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5106937.pdf>

¹¹⁹ 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

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
Concejala de Bogotá

Nelson Cubides Salazar
Concejal de Bogotá
Vocero Partido Conservador

PROYECTO DE ACUERDO No. 313 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

PROYECTO DE ACUERDO No. 314 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN LINEAMIENTOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO REGULATORIO DEL APROVECHAMIENTO ECONÓMICO DEL ESPACIO PÚBLICO, PROMOVRIENDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES BAJO PUENTES VEHICULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

OBJETO DEL PROYECTO.

Promover la actualización del Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público contemplado en el Decreto 552 de 2018, planteando lineamientos para el desarrollo de actividades económicas en establecimientos comerciales bajo los puentes vehiculares. Esto con el fin de aportar a la reactivación económica de la ciudad y generar espacios seguros disminuyendo así los focos de inseguridad en estas zonas.

I. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

Introducción.

La crisis económica derivada de la pandemia causada por la Sars-CoV-2 nos ha permitido replantear las formas en que pensamos el desarrollo de las ciudades y la economía. Así mismo ha develado la debilidad del tejido empresarial y los establecimientos comerciantes, pues a la fecha se han cerrado más de 80 mil comercios. Todos estos ciudadanos que dinamizaban la económica y generaban empleo hoy necesitan una solución en términos de infraestructura y el Distrito es el primer llamado a democratizar el espacio público y ofrecer herramientas para la reactivación.

Por otro lado, la crisis económica también ha generado el incremento de delitos, particularmente el hurto a mano armada en la ciudad. En este sentido, diversos estudios han demostrado cómo la percepción de seguridad es tan importante como la seguridad en sí misma. Es innegable mencionar que bajo los puentes vehiculares se ha generado una percepción de inseguridad constante. Esto debido a la falta de iluminación, espacios encerrados, lugares desaseados y solitarios o en algunos casos ocupados por habitantes de calle.

Es por esto que este proyecto de acuerdo tiene tres objetivos específicos:

1. Otorgar herramientas para la reactivación económica, particularmente a los micro-establecimientos comerciales.
2. Democratizar el espacio público de manera ordenada y legal.
3. Mejorar la percepción de seguridad bajo los puentes vehiculares.

Infraestructura y reglamentación.

Según el IDU quien por medio de No. 20205260935922 del 27-10-2020, a corte de junio de 2020 Bogotá cuenta con 992 estructuras definidas como puentes, de las cuales, **565 corresponden a puentes vehiculares**. Estas estructuras cuentan con plena identificación de ubicación, medidas y capacidad de carga. Sin embargo, el inventario con el que hoy el IDU hace seguimiento a los puentes no contiene información asociada con su actividad comercial. De igual manera la entidad sostiene que dentro de los contratos de obra que se ejecutan a la en las que se incluyen obras para puentes vehiculares, no se realizan adaptaciones para desarrollar actividades comerciales. Esta insuficiencia devela la ausencia de repensar los espacios públicos en términos de reactivación económica y de la democratización misma del espacio.

Por otro lado, el **Decreto Distrital 552 de 2018** "Por medio del cual se establece el Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público en el Distrito Capital de Bogotá y se dictan otras disposiciones", dispone en el artículo 10.- Elementos de espacio público donde se permiten las actividades susceptibles de aprovechamiento económico e indica que **en las zonas bajo puentes peatonales y vehiculares** se permiten desarrollar actividades como:

- Eventos publicitarios.
- Estacionamientos.
- Filmación de obras audiovisuales.
- Promoción de actividades culturales, cívicas e institucionales.
- Publicidad exterior visual en mobiliario urbano.
- Construcción y uso de estaciones radioeléctricas.

del Espacio Público en el Distrito Capital de Bogotá y se dictan otras disposiciones.”

	Zonas amarillas.
Zonas bajo puentes peatonales y vehiculares	Eventos publicitarios. Estacionamientos. Filmación de obras audiovisuales. Promoción de actividades culturales, cívicas e institucionales. Publicidad exterior visual en mobiliario urbano. Construcción y uso de estaciones radioeléctricas.

En ese sentido, es evidente que a la fecha no se encuentra contemplada la actividad de funcionamiento de establecimientos comerciales bajo estas estructuras.

Así mismo, en la respuesta otorgada por el IDU citada con anterioridad, a la pregunta “Dentro de los estudios para la construcción de nuevos puentes vehiculares ¿se ha contemplado la infraestructura para actividades comerciales bajo los puentes vehiculares? La entidad contesta que:

“Actualmente el IDU en el marco del Plan de Desarrollo 2020-2024. “Un nuevo contrato social y ambiental para el Siglo XXI”, tiene priorizado el Proyecto denominado: "RECUPERACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO EN ZONAS BAJO PUENTES"; el cual busca recuperar el espacio público en estas zonas mediante la implementación de plazas, parques, plazuelas, cicloparqueaderos, equipamientos urbanos, mobiliario urbano, baños públicos y zonas comerciales que generen áreas de permanencia que activen estos espacios públicos en la ciudad y mejoren las condiciones físicas y de seguridad en las mismas.

Este proyecto se estima que inicie su etapa de pre factibilidad en enero del 2021 y su etapa de factibilidad en Julio del 2021.”

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencian varios elementos. En primer lugar, la ciudad se encuentra en deuda con la regulación de la actividad comercial bajo los puentes vehiculares. En segundo lugar, en este sentido no se evidencia un enfoque de seguridad en los proyectos de la actual administración y en tercer lugar, no se observa una activa participación comerciantes afectados y/o vendedores ambulantes que hoy ocupan estos espacios.

A pesar de que el Plan Distrital de Desarrollo contemple el proyecto "RECUPERACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO EN ZONAS BAJO PUENTES" Lo pertinente en este punto es que desde el Concejo de Bogotá se brinden las herramientas y lineamientos necesarios y suficientes para llevar a cabo esta labor.

Democratización del espacio público.

En respuesta con radicado No. 00110-812-014188 por parte del Instituto para la Economía Social - IPES, se evidencia la siguiente información:

A la pregunta: “Sírvese informar el censo de vendedores informales, particularmente los ubicados bajo los puentes vehiculares. De ser posible especificar mediante una tabla, ubicación, cantidad y permanencia.” La entidad contestó.

“El IPES, ha identificado un total de 22 vendedores informales desarrollando su actividad comercial, debajo del puente vehicular de la Clínica Colombia. De igual manera, en el informe de resultados remitido a la Alcaldía Local de Teusaquillo; se le informo a dicha autoridad local, que los vendedores informales identificados en el mencionado eje vial, desarrollan su actividad comercial de manera permanente.”

Esta respuesta evidencia la falencia de la entidad en cuanto al rastreo efectivo de los vendedores informales en todo el territorio distrital, particularmente aquellos ubicados bajo puentes vehiculares. Esto demuestra el enorme reto que se tiene para este cuatrienio y más aún para hacerlos partícipes de este proyecto como habitantes de estos espacios siendo los primeros en asignación para infraestructura digna.

Por otro lado, la entidad también sostuvo que:

“El Instituto para la Economía Social-IPES no cuenta con la prerrogativa de permitir a los vendedores informales ejercer su actividad comercial en el espacio público, toda vez que, en virtud del citado acto administrativo, este Instituto es considerado

únicamente como gestor del mismo, para la instalación de módulos de servicio al ciudadano.”

Lo anterior, denota la falta de herramientas de esta entidad para poder participar activa y efectivamente en la democratización del espacio público favoreciendo a aquellos vendedores informales que hoy ocupan permanentemente bajo estos puentes vehiculares.

Experiencias internacionales.

Son muchas las ciudades que han adoptado este marco regulatorio. Para efectos del presente proyecto de acuerdo se tomará como referencia la ciudad de México D.F. al compartir similitudes con Bogotá D.C.

Ciudad de México desde hace 6 años comenzó el programa “Recuperación de Bajo Puentes” en donde en primera medida otorgó 34 permisos administrativos temporales revocables para usar y aprovechar los bajo puentes. De igual manera la capital mexicana otorgó en concesión 19 hectáreas a iniciativa privada por 10 años a cambio de una compensación económica. En su momento la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda a través de la Autoridad del Espacio Público de Ciudad de México, sostuvo que:

“El Programa fue diseñado para “convertir los bajo puentes, que tradicionalmente se caracterizaban por ser lugares inseguros, bodegas, focos de contaminación, basureros, centros de comercio informal, en espacios públicos de convivencia social y familiar en un esquema de 50 por ciento espacios de convivencia social, 30 por ciento áreas comerciales y 20 por ciento estacionamientos controlados” (Contralinea, 2014)

A continuación, algunas imágenes de Ciudad de México:



Según el Decreto 552 de 2018, los instrumentos para la administración del aprovechamiento económico del espacio público son:

Artículo 16.- Instrumentos para la administración del aprovechamiento económico del espacio público. Son instrumentos para la administración del aprovechamiento económico del espacio público:

- a) Los acuerdos que expida el Concejo Distrital de Bogotá relacionados con el Marco Regulatorio del Aprovechamiento del Espacio Público - MRAEEP.
- b) Los decretos expedidos por el Alcalde Mayor de Bogotá relacionados con el Marco Regulatorio del Aprovechamiento del Espacio Público - MRAEEP.
- c) Los actos administrativos que expidan las Entidades Administradoras del Espacio Público o las Entidades Gestoras del Aprovechamiento Económico del Espacio Público con relación a las actividades de aprovechamiento económico permitidas en el espacio público.
- d) Los contratos que suscriban las Entidades Administradoras del Espacio Público o las Entidades Gestoras del Aprovechamiento Económico del Espacio Público, con relación a las actividades de aprovechamiento económico permitidas en el espacio público.

Sobre el particular, en el literal a) “Los acuerdos que expida el Concejo Distrital de Bogotá relacionados con el Marco Regulatorio del Aprovechamiento del Espacio Público”, vale la pena mencionar que este proyecto de acuerdo busca precisamente ser una herramienta para poder promover la instalación de establecimientos comerciales bajo puentes vehiculares. Así mismo, es importante mencionar que según el Decreto en mención, el mecanismo para modificar el marco regulatorio de aprovechamiento económico del espacio público está en cabeza del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público DADEP, o quien haga las veces de secretaria técnica de la Comisión Intersectorial del Espacio Público – CIEP, por medio de acto administrativo motivado, como se evidencia a continuación.

Parágrafo 1 del artículo 10 del Acurdo 552 de 2018:

PARÁGRAFO 1.- La actualización de la información de las actividades susceptibles de aprovechamiento económico del espacio público y las entidades administradoras la realizará el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público - DADEP o la entidad que haga las veces de Secretaria Técnica de la Comisión Intersectorial del Espacio Público - CIEP, por medio de acto administrativo motivado.

Por lo anterior, en tanto la ausencia de marco legal para el desarrollo de actividades económicas en establecimientos comerciales bajo los puentes vehiculares, y las facultades del Concejo de Bogotá D.C., se pone a consideración la siguiente iniciativa.

II. SUSTENTO JURÍDICO DE LA INICIATIVA

- DE ORDEN CONSTITUCIONAL:

- Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.
- Artículo 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.
- Artículo 82. Es deber del Estado velar por la protección de la integridad del espacio público y por su destinación al uso común, el cual prevalece sobre el interés particular. Las entidades públicas participarán en la plusvalía que genere su acción urbanística y regularán la utilización del suelo y del espacio aéreo urbano en defensa del interés común.
- Artículo 88. La ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella.
- Artículo 333. La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para su ejercicio, nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley. La libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades. La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial. El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional. La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación.
- DE ORDEN LEGAL:
 - Sentencia C-489/19 de la Corte Constitucional: La jurisprudencia constitucional ha sido enfática en la protección constitucional del derecho al

trabajo especialmente de las personas que se dedican a las ventas informales. Tras comprender que el trabajo es un vehículo de acceso a la ciudadanía social, en tanto permite que las personas, a través del ingreso que deriva de sus labores, se provea de alimentación, vivienda, estudio, recreación, entre otros, la Corte ha señalado que, en principio, no es posible limitar su ejercicio cuando este se realiza en escenarios no formales; para ello además se ha prevalido de los principios de buena fe y de confianza legítima cuando las autoridades han permitido que se ocupen los espacios públicos en la realización de ese tipo de actividades.

(...)

De acuerdo con lo indicado surge evidente que (i) el Estado tiene el deber de velar por la integridad del espacio público, pero esta obligación encuentra límites en los derechos fundamentales de las personas que, amparadas en el principio de buena fe, se han dedicado a las actividades informales en zonas de espacio público, los cuales al momento de aplicar medidas correctivas que puedan llegar a afectarlas, se deben tener en cuenta los principios de proporcionalidad y razonabilidad; (ii) la recuperación del espacio público no puede derivar en arbitrariedad, ni desconocer los postulados del Estado Social de Derecho; (iii) las autoridades municipales deberán garantizar la protección del espacio público siempre respetando el derecho al trabajo de vendedores conforme al principio de confianza legítima, con enfoque diferencial e incluyendo a vendedores semiestacionarios y ambulantes; (iv) debe existir un equilibrio entre los incentivos para abandonar el espacio público y a la par cumplir las medidas legislativas; (v) es necesario preservar el ingreso de las personas que trabajan en las ventas informales, mientras realizan su transición a la formalidad o a mecanismos de protección social que les permitan subvenir sus necesidades

○ **NORMATIVIDAD DISTRITAL:**

- **Decreto Distrital 761 de junio de 2020**, Plan Distrital de Desarrollo, propósito 3, logro de ciudad 24 “Disminuir la ilegalidad y la conflictividad en el uso y ordenamiento del espacio público, privado y en el medio ambiente rural y urbano.”

- **Artículo 15.**

- **Programa 32 Revitalización urbana para la competitividad:** La Revitalización Urbana, en concordancia con el POT, se considera como un instrumento moderno de planeación, que interviene estratégicamente, vinculando las dinámicas patrimoniales, ambientales, sociales y culturales, para proteger y garantizar la permanencia y calidad de vida de los pobladores originales de las

zonas de intervención, lo que significa atender los espacios de relación y a la calidad del espacio público, contemplando la diversidad social y de usos, la percepción de libertad, el sentimiento de comunidad, respetar todas las formas de vida, junto al cuidado y mantenimiento del ambiente, tanto natural como construido, y en términos de acceso a la vivienda, al empleo y a los servicios públicos domiciliarios.

- **Programa 45. Espacio público más seguro y construido colectivamente.** Mejorar la percepción de seguridad y la convivencia, y dinamizar las comunidades involucradas en los ámbitos educativo, social, cultural, económico y ambiental, con el desarrollo de acciones de mejoramiento a partir de la intervención pública, la regulación y la concertación con los actores que hacen parte de un determinado territorio.
- **Decreto 552 de 2018** “Por medio del cual se establece el Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público en el Distrito Capital de Bogotá y se dictan otras disposiciones” **Artículo 10.** “Elementos de espacio público donde se permiten las actividades susceptibles de aprovechamiento económico”.

III. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá es competente para estudiar y aprobar o rechazar el presente proyecto de acuerdo en virtud de lo establecido en el Artículo 12 del Decreto ley 1421 de 1993, principalmente en los numerales:

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

IV. 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.

Es relevante mencionar, para el caso en concreto, que no obstante lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en obstáculo para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al

Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“(…) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Por tanto, la implementación de esta iniciativa no compromete modificaciones al plan plurianual de inversiones ni del marco fiscal de mediano plazo, toda vez que, según el Instituto de Desarrollo Urbano, en el marco del Plan de Desarrollo 2020-2024. “Un nuevo contrato social y ambiental para el Siglo XXI”, se tiene priorizado el Proyecto denominado: "RECUPERACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO EN ZONAS BAJO PUENTES", lo cual soporta que el objetivo del proyecto cuenta con asignación de recursos.

V. TÍTULO – ATRIBUCIONES – CONSIDERANDOS

PROYECTO DE ACUERDO No. 314 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN LINEAMIENTOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO REGULATORIO DEL APROVECHAMIENTO ECONÓMICO DEL ESPACIO PÚBLICO, PROMOVRIENDO LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES BAJO PUENTES VEHICULARES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

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

Acuerda

VI. ARTICULADO

Artículo 1. Objetivo. Promover la actualización del Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público contemplado en el Decreto 552 de 2018.

Artículo 2. En un plazo no mayor a 6 meses posterior a la expedición del presente acuerdo, el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público DADEP, o quien haga las veces de la Secretaria Técnica, convocará y liderará la Comisión Intersectorial del Espacio Público – CIEP con el fin de actualizar y modernizar el Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público contemplado en el Decreto 552 de 2018.

Parágrafo 1. En la actualización del Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público, la Comisión Intersectorial del Espacio Público en coordinación con el Instituto de Desarrollo Urbano, promoverá la inclusión de actividades económicas desarrollados en establecimientos comerciales bajo puentes vehiculares en la ciudad de Bogotá D.C.

Artículo 3 Lineamientos. La actualización Marco Regulatorio del Aprovechamiento Económico del Espacio Público en función de la inclusión de actividades económicas desarrollados en establecimientos comerciales bajo puentes vehiculares tendrá los siguientes lineamientos:

- Democratización del espacio público: en la asignación de establecimientos comerciales bajo puentes públicos, se priorizará a los micro-establecimientos comerciales debidamente registrados en la ciudad que hayan perdido su local a causa de la crisis económica generada por la pandemia.
- Inclusión social: Promover acciones para vincular a los vendedores ambulantes que ocupen estos espacios habitualmente en la asignación de establecimientos comerciales.

- Participación ciudadana: La adaptación de estos espacios, deberá contar con el acompañamiento de organizaciones sociales y comunidad en general.
- Seguridad: La promoción de establecimientos comerciales bajo puentes vehiculares deberá contar con iluminación constante tipo led, cámaras de seguridad de última generación interconectadas con el C4 y la instalación de CAIs móviles cuando ésta proceda.
- Movilidad: Las adaptaciones de infraestructura bajo puentes vehiculares promoverán la instalación de bici-parqueaderos gratuitos.
- Integralidad: Las acciones que se tomen en relación con el presente acuerdo deberán guardar concordancia y armonía con las disposiciones contenidas en el Plan de Ordenamiento Territorial –POT.

Artículo 4 vigencia. El presente acuerdo rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

H.C. JULIÁN ESPINOSA ORTÍZ.
Concejal de Bogotá
Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO No. 315 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA LA ADOPCIÓN DE UNA ESTRATEGIA ESPECIAL PARA ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y ABASTECIMIENTO DE ALIMENTOS EN SITUACION DE EMERGENCIA O DESASTRE EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO DEL PROYECTO

Adoptar una estrategia integral de atención alimentaria a la ciudadanía afectada por una situación de emergencia o desastre en el distrito capital,

II. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y ANALISIS DE LA INICIATIVA

El proyecto de acuerdo fue motivado por el autor en los siguientes términos:

1. Introducción

El Parlamento Andino se constituye con el fin de mejorar el nivel de vida de los ciudadanos de los países que decidieron participar. Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y el Perú deciden voluntariamente poner en marcha un proceso de integración andina. Es así como el 25 de octubre de 1979 se suscribió el Tratado Constitutivo del Parlamento Andino, institucionalizándolo como el órgano político, deliberante, representante de los pueblos, así como garante de los derechos y la democracia en la Comunidad Andina. El Parlamento Andino ha implementado una nueva estrategia de trabajo y gestión pertinente a los intereses de sus países miembros, con el objetivo de cumplir estas atribuciones de forma más eficaz y eficiente.

Esta estrategia se fundamenta en la construcción de Marcos Normativos Andinos sobre temas de la mayor relevancia como el desarrollo energético sostenible, la protección de los derechos de las personas con discapacidad, la erradicación de la violencia hacia la mujer, el cambio climático, la seguridad alimentaria, la movilidad humana, la salvaguarda del patrimonio cultural y los recursos genéticos, entre otros; igualmente, en el fortalecimiento de la participación ciudadana por medio de la implementación del programa ‘Parlamentos Andinos Juveniles y Universitarios’ en toda la región.

Los Marcos Normativos del Parlamento Andino son propuestas de armonización legislativa, que buscan convertirse en herramientas de consulta y buenas prácticas para el diseño e implementación del ordenamiento jurídico nacional de sus países miembros (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú); es decir, presentan lineamientos y recomendación para la construcción de políticas públicas y leyes en temas que benefician a toda la región.

Es así como en el mes de julio de 2017 se genera el marco normativo para la seguridad alimentaria con calidad nutricional, que tiene como propósito principal apropiarse a los ciudadanos andinos del derecho a una seguridad alimentaria, con el fin de disminuir los altos índices de desnutrición. Igualmente, promueve una productividad agroalimentaria basada en avances tecnológicos y científicos, con el objetivo de combatir la pobreza y alcanzar una alimentación sana en la región.

Es muy importante considerar que la disponibilidad de alimentos en la región no es el principal problema, dado que existen otras barreras geográficas y sociales que impiden el acceso a los alimentos.

La incidencia de los desastres naturales como sismos, inundaciones, heladas, remoción en masa, entre otros, aumentan la vulnerabilidad alimentaria de los ciudadanos, porque se afectan las vías de comunicación, las tierras disponibles para el cultivo y la distribución de los alimentos.

Por ello, la implementación tecnológica es absolutamente necesaria para conseguir el objetivo propuesto ya que los avances tecnológicos y científicos deben estar al servicio del mayor propósito que es acabar con la pobreza extrema.

El distrito capital ha identificado 8 escenarios de riesgo como:



Fuente: SIRE

Servicios de respuesta



17.545 Emergencias con respuesta integral.
 2.799 Personas atendidas
 73,5% Adultos
 26,5% Menores de edad

252 Días PMU Distrital por COVID-19
 10 PMU Distrital por Desorden Civil

442 Ayudas Humanitarias Pecuniarias tramitadas salvaguardando la vida de 1.380 personas



Fuente: IDIGER

DAMNIFICADOS POR REMOCIÓN EN MASA

ANU

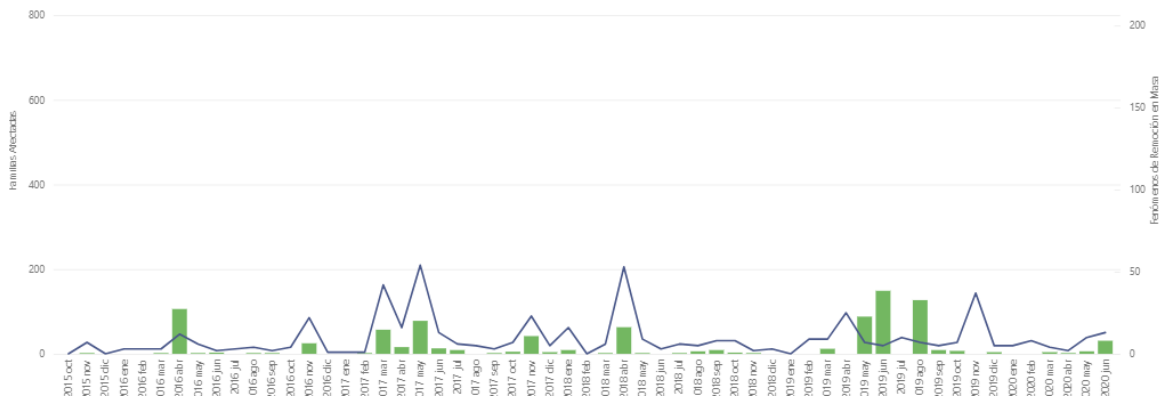
2007 2020



Familias afectadas por fenómenos de remoción en masa en Bogotá D.C.

Fuente: ver ficha indicador

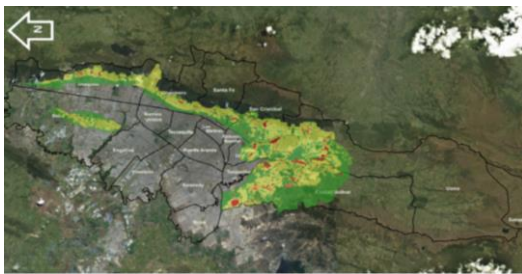
Familias Afectadas Fenómenos de Remoción en Masa



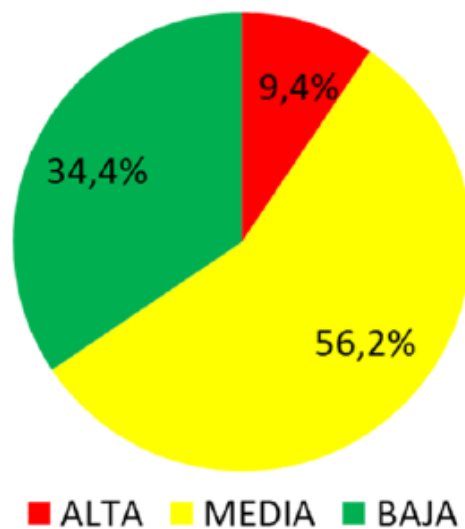
Fuente: Observatorio de salud de Bogotá.

Este indicador evidencia el comportamiento entre las variables de familias afectadas y Fenómenos de Remoción en Masa – FRM en Bogotá entre el 2007 y primer semestre de

2020. Observando que los FRM aumentaron en los meses con mayor precipitación, debido principalmente a condiciones estacionales (meses de abril, mayo, octubre y noviembre), registrando los valores más altos en meses donde estuvo presente el fenómeno de la niña (segundo semestre 2010, año 2011 y primer trimestre 2012). De manera recíproca la cantidad de eventos disminuyeron en épocas de verano o baja precipitación. En el año 2018, se presentó una disminución del 32,4 % de eventos de FRM registrados y una disminución del 58,2 % del número de familias afectadas, respecto a los eventos registrados durante el año 2017. En lo transcurrido del primer semestre 2020 (enero-junio), se presentaron 37 FRM dejando 27 familias afectadas, lo que representa una disminución del 33 % y 89 % respectivamente frente a lo reportado en el año 2019. Durante el año 2020 hubo menos lluvias de las esperadas en marzo, abril y mayo, este comportamiento en las precipitaciones se debe a la variabilidad climática que, a pesar de no ser generadas por efectos del cambio climático, se encuentran presentes y pueden afectar en cualquier momento.



Plano Normativo de Amenaza por movimientos en masa en perspectiva de Cambio Climático para el Suelo Urbano

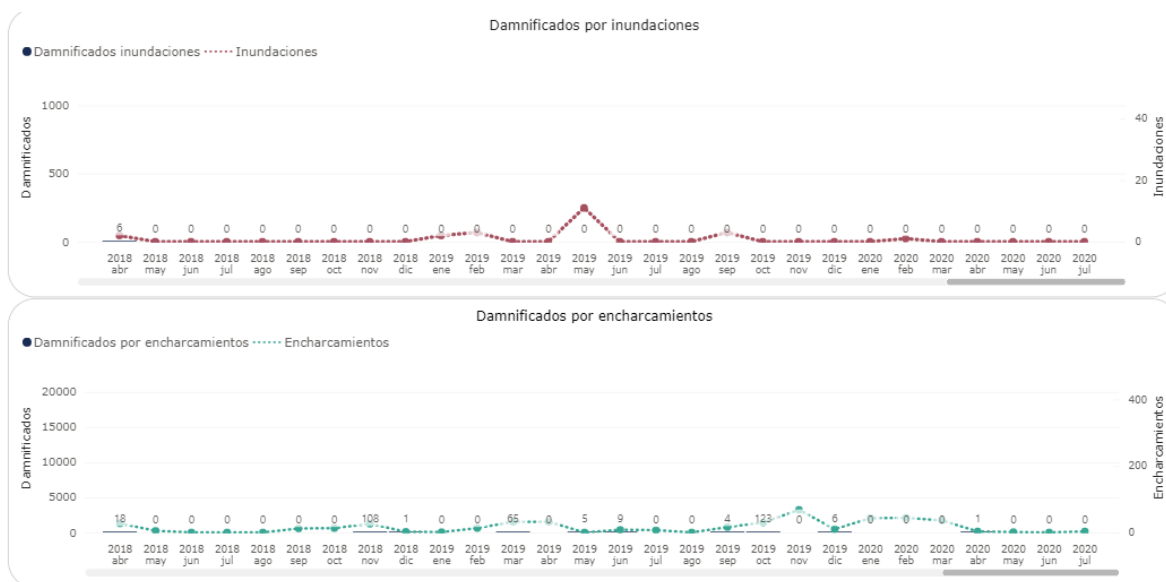


Calificación de Amenaza por movimientos en masa para el suelo urbano en perspectiva de Cambio Climático

Fuente: IDIGER

El plano normativo identifica el 56,2 % en riesgo medio de remoción en masa para el polígono identificado en el distrito capital

DAMNIFICADOS POR INUNDACIONES O ENCHARCAMIENTOS



Fuente: Observatorio de salud de Bogotá.

Las inundaciones hacen referencia a láminas de agua mayores de 60 cm y los encharcamientos a láminas de agua mayores de 30 cm. En Bogotá, durante el periodo 2007 y I semestre de 2020, tanto las inundaciones como los encharcamientos han presentado un aumento en los meses de mayor precipitación, debido principalmente a condiciones estacionales (meses de abril, mayo, octubre- noviembre), registrándose los valores más altos en épocas donde estuvo presente el fenómeno de la niña.

Respecto a las personas damnificadas por inundaciones, se observó una disminución posterior al primer trimestre de 2012, llegando a presentarse menos de 12 casos en los últimos 5 años. En lo transcurrido del primer semestre de 2020 solo se ha presentado una inundación sin dejar damnificados. Cabe resaltar que las inundaciones también se pueden presentar por fenómenos de variabilidad climática que, a pesar de no ser generadas por efectos del cambio climático, se encuentran presentes y pueden afectar en cualquier momento.

En cuanto a los damnificados por encharcamientos, el 97,1 % de ellos se notificaron entre los años 2010 y 2012 coincidiendo con el fenómeno de la niña. Durante el primer semestre de 2020 se ha registrado 130 encharcamientos, con solo 1 persona damnificada. Este grado de afectación puede estar presente por deficiencias en la red de alcantarillado, especialmente en Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme, San Cristóbal y algunas zonas aisladas y montañosas.

AMENAZA SISMICA EN BOGOTA

3. Amenaza sísmica en Bogotá

La ciudad de Bogotá está expuesta a la actividad sísmica generada por los diversos sistemas de fallas geológicas activas existentes en el país, en mayor o menor grado en función de la distancia de la capital a éstos sistemas, tales como el sistema de Falla Frontal de la Cordillera Oriental (Falla Guaicáramo, Falla Algeciras), Falla Usme, Honda e Ibagué.

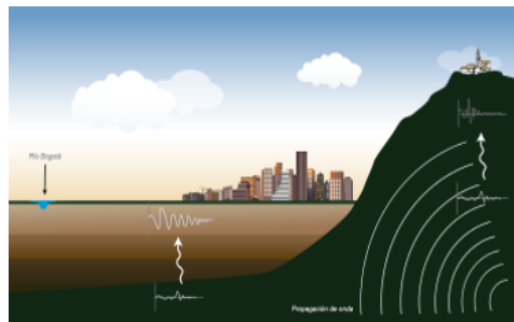
De estos, la Falla Frontal de la Cordillera Oriental, ubicada a 40 km de la ciudad, representa la mayor contribución a la amenaza sísmica de Bogotá. Dada su localización con respecto a los distintos sistemas, Bogotá está ubicada en una zona de amenaza sísmica intermedia.



Fallas geológicas activas cercanas a la ciudad de Bogotá (adaptado de GEM & SGC, 2017)

La amenaza sísmica dicta en gran medida la intensidad de movimiento esperada a nivel de roca para un sitio, sin embargo el movimiento que se puede llegar a sentir en diferentes puntos de la ciudad también está influenciado por el tipo de suelo en cada uno de ellos.

Los **efectos locales**, es decir la respuesta del suelo en superficie producto de la propagación de las ondas sísmicas a través de los materiales de los cuales está constituido, dependen del tipo de suelo y la topografía del terreno.



Fuente: IDIGER

Por lo anterior este proyecto de acuerdo busca generar una estrategia especial para el abastecimiento de alimentos en medio de una situación de emergencia o desastre, asegurando que el distrito diseñe un plan estratégico que contemple las diferentes magnitudes de la emergencia o desastre y así salvar muchas mas vidas en medio de estas circunstancias.

BIBLIOGRAFIA

<https://www.idiger.gov.co/rendiciondecuentas2020>

<https://www.idiger.gov.co/rsismico>

<https://www.idiger.gov.co/rmovmasa#3>

<https://app2.sire.gov.co/Hemeroteca/HEB.html?evento=7#abajo>

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/seguridad-alimentaria-y-nutricional/>

<https://parlamentoandino.org/wp-content/uploads/2017/08/marcoseguridadalimentaria.pdf>

III. SUSTENTO JURIDICO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de acuerdo está sustentado en las siguientes normas circunscritas a la constitución nacional, a las leyes colombianas y los acuerdos de nivel distrital.

• DE ORDEN CONSTITUCIONAL

La Constitución Política de Colombia establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños (artículo 44) y, en cuanto a la oferta y la producción agrícola, la Constitución establece en los artículos 64, 65 y 66, los deberes del Estado en esta materia.

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.

ARTÍCULO 65. La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado. (...) De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias prima de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad.

ARTÍCULO 79. Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. El deber de Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines.

ARTICULO 80. El Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. Además, deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados

ARTÍCULO 287 Define que las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley.

ARTICULO 311. Al municipio como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes".

- **DE ORDEN LEGISLATIVO**

LEY 101 DE 1993 “Ley General de Desarrollo Agropecuario y Pesquero”

LEY 1505 DE 2012 “Por medio de la cual se crea el Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta y se otorgan estímulos a los voluntarios de la Defensa Civil, de los Cuerpos de Bomberos de Colombia y de la Cruz Roja Colombiana y se dictan otras disposiciones en materia de voluntariado en primera respuesta”

LEY 1523 DE 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”.

DECRETO 486 “Por el cual se crea un incentivo económico para los trabajadores y productores del campo y se adoptan otras medidas para garantizar el permanente

funcionamiento del sistema de abastecimiento de productos agropecuarios y seguridad alimentaria en todo el territorio nacional, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”

- **DE ORDEN NORMATIVO**

ACUERDO 30 DE 2001 “Por el cual se establece la implementación y ejecución del Día de la Prevención de Desastres y Emergencias en el Distrito Capital”.

ACUERDO 186 DE 2005 “por el cual se establecen los lineamientos de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria en Bogotá, D.C. y se dictan otras disposiciones”

ACUERDO 341 DE 2008 “Por el cual se adiciona el Acuerdo No. 30 de 2001 y se establece la realización de un simulacro de actuación en caso de un evento de calamidad pública de gran magnitud con la participación de todos los habitantes de la ciudad”.

ACUERDO 391 DE 2009 “Por medio del cual se dictan lineamientos para la formulación del Plan Distrital de Mitigación y Adaptación al cambio climático y se dictan otras disposiciones”

ACUERDO 546 DE 2013 “Por el cual se transforma el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias -SDPAE-, en el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático-SDGR-CC, se actualizan sus instancias, se crea el Fondo Distrital para la Gestión de Riesgo y Cambio Climático “FONDIGER” y se dictan otras disposiciones”

ACUERDO 617 DE 2015 “Por el cual se establece en Bogotá D.C. el Programa de Investigación en Ciencias y Cambio Climático y se dictan otras disposiciones”

DECRETO 523 DE 2010 “Por el cual se adopta la Microzonificación Sísmica de Bogotá D.C.”

DECRETO 837 DE 2018 “Por medio del cual se adopta el Plan Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres y del Cambio Climático para Bogotá D.C., 2018-2030 y se dictan otras disposiciones”

IV. MARCO JURÍDICO Y COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

DECRETO LEY 1421 de 1993 “Estatuto Orgánico de Bogotá”.

Art. 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.

V. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, aclaramos que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación. Las medidas a adoptar serán financiadas con los presupuestos definidos en las diferentes entidades y de acuerdo a lo dispuesto en el Plan de Desarrollo Distrital 2020- 2024 “UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI”.

VI. TÍTULO – ATRIBUCIONES – CONSIDERANDOS

PROYECTO DE ACUERDO No. 315 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA LA ADOPCIÓN DE UNA ESTRATEGIA ESPECIAL PARA ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y ABASTECIMIENTO DE ALIMENTOS EN SITUACION DE EMERGENCIA O DESASTRE EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

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

VII. ARTICULADO

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN: El Distrito Capital, mediante las entidades que estime conveniente diseñara y adoptará un plan estratégico que asegure la disponibilidad, acceso y abastecimiento de alimentos en una situación de emergencia o desastre en el territorio de su jurisdicción.

ARTÍCULO 2. TECNOLOGÍA: El Distrito Capital deberá establecer sistemas seguimiento de información, estadísticos y cartográficos sobre la malnutrición y situaciones de hambre con la finalidad de identificar y combatir las causas de estos fenómenos. Para tal efecto, por medio de la entidad que determine, deberá ejecutar sus recursos en el desarrollo y utilización de tecnologías de la información y las comunicaciones como herramientas para respaldar la gestión pública a fin de garantizar la seguridad alimentaria en una situación de emergencia o desastre en el distrito capital.

ARTÍCULO 3. LA INTEGRACIÓN REGIONAL: El Distrito Capital deberá diseñar e implementar los mecanismos de cooperación de asistencia técnica y financiera, así como un plan regional de asistencia alimentaria en caso de emergencia o desastre, con el fin de permitir el apoyo en el suministro de alimentos priorizando a aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad y precaria situación socioeconómica.

ARTÍCULO 4. INFRAESTRUCTURA ESPECIALIZADA: El Distrito Capital promoverá la infraestructura adecuada para el mantenimiento de reservas de alimentos con la finalidad

de contar con disponibilidad de provisiones, en caso de que se produzcan situaciones de emergencia o desastres naturales.

ARTÍCULO 5. IMPLEMENTACIÓN. En un término no mayor a 12 meses a partir de la expedición del presente acuerdo, la Administración Distrital implementará lo dispuesto en los artículos anteriores.

ARTÍCULO 6. VIGENCIA. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

H.C. JULIÁN ESPINOSA ORTÍZ.

Concejal de Bogotá
Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO No. 316 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE RECONOCE EL 25 DE JULIO COMO EL DÍA DISTRICTAL DE LA CULTURA LLANERA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. SUSTENTO JURÍDICO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de acuerdo está sustentado en las siguientes normas circunscritas a la Constitución Nacional, a las leyes colombianas y los acuerdos del distrito capital:

o DE ORDEN CONSTITUCIONAL

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 del orden justo.

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

Art. 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.

Art. 8. Es Obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.

Art.70. El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la Investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación.

Art. 71. La búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las

demás manifestaciones esculturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades.

Artículo 72. El patrimonio cultural de la Nación está bajo la protección del Estado. El patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional, pertenecen a la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles. La ley establecerá los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y reglamentará los derechos especiales que pudieran tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica

Art. 313 Numeral 9: Corresponde al Concejo:

Dictar las normas necesarias para el control, la preservación y defensa del patrimonio ecológico y cultural del Municipio". Siendo esta una misión encomendada por la Carta Magna la corporación está facultada para velar, controlar, preservar y defender una de las manifestaciones culturales que presenta nuestra ciudad.

- **DE ORDEN LEGAL**

Ley 397 de 1997. Ley General de Cultura.

De acuerdo con el numeral 3 del artículo 1º de la Ley 397 de 1997, y en el enunciado de los principios fundamentales y definiciones de esta ley, establece " El Estado impulsará y estimulará los procesos, proyectos y actividades culturales en un marco de reconocimiento y respeto por la diversidad y variedad cultural de la nación colombiana".

En el numeral 5 señala que "Es obligación del Estado y de las personas valorar, proteger y difundir el patrimonio cultural de la nación". Así mismo, en el numeral 11 establece que "El Estado fomentará la creación, ampliación y adecuación de infraestructura artística y cultural y garantizará el acceso de todos los colombianos a la misma".

Artículo 4º. Integración del patrimonio cultural de la Nación. El patrimonio cultural de la Nación está constituido por todos los bienes materiales, las manifestaciones inmateriales, los productos y las representaciones de la cultura que son expresión de la nacionalidad colombiana, tales como la lengua castellana, las lenguas y dialectos de las comunidades indígenas, negras y creoles, la tradición, el conocimiento ancestral, el paisaje cultural, las costumbres y los hábitos, así como los bienes materiales de naturaleza mueble e inmueble a los que se les atribuye, entre otros, especial interés histórico, artístico, científico, estético o simbólico en ámbitos como el plástico, arquitectónico, urbano, arqueológico, lingüístico, sonoro, musical, audiovisual, fílmico, testimonial, documental, literario, bibliográfico, museológico o antropológico.

Artículo 18. del fomento y los estímulos a la creación, a la investigación y a la actividad artística y cultural: De los estímulos. El Estado, a través del Ministerio de Cultura y las entidades territoriales,

establecerá estímulos especiales y promocionará la creación, la actividad artística y cultural, la investigación y el fortalecimiento de las expresiones culturales. Para tal efecto establecerá, entre otros programas, bolsas de trabajo, becas, premios anuales, concursos, festivales, talleres de formación artística, apoyo a personas y grupos dedicados a actividades culturales, ferias, exposiciones, unidades móviles de divulgación cultural, y otorgará incentivos y créditos especiales para artistas sobresalientes, así como para integrantes de las comunidades locales en el campo de la creación, la ejecución, la experimentación, la formación y la investigación a nivel individual y colectivo en cada una de las siguientes expresiones culturales:

- a) Artes plásticas;
- b) Artes musicales;
- c) Artes escénicas;
- d) Expresiones culturales tradicionales, tales como el folclor, las artesanías, la narrativa popular y la memoria cultural de las diversas regiones y comunidades del país;
- e) Artes audiovisuales;
- f) Artes literarias;
- g) Museos Museología y Museografía;
- h) Historia;
- i) Antropología;
- j) Filosofía;
- k) Arqueología;
- l) Patrimonio;
- m) Dramaturgia;

Convención sobre la Protección del Patrimonio Mundial Cultural y Natural de 1972

"A los efectos de la presente Convención se considerará "patrimonio cultural": los monumentos: obras arquitectónicas, de escultura o de pintura monumentales, elementos o estructuras de carácter arqueológico, inscripciones, cavernas y grupos de elementos, que tengan un valor universal excepcional desde el punto de vista de la historia, del arte o de la ciencia, los conjuntos: grupos de construcciones, aisladas o reunidas, cuya arquitectura, unidad e integración en el paisaje les dé un valor universal excepcional desde el punto de vista de la historia, del arte o de la ciencia, - los lugares: obras del hombre u obras conjuntas del hombre y la naturaleza así como las Zonas, incluidos los lugares arqueológicos que tengan un valor universal excepcional desde el punto de vista histórico, estético, etnológico o antropológico".

Sentencia C-742/06

PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACION-Protección de bienes declarados de interés cultural

(...) "El concepto de patrimonio cultural de la Nación es general y el de interés cultural es especial, de ahí que los bienes que hacen parte de la primera categoría no siempre pertenezcan a la segunda, pero los que adquieren el carácter especial de interés cultural, dada su declaratoria, siempre hacen parte del patrimonio cultural de la Nación. La segunda, la declaratoria de bienes de interés cultural no quiere decir que se excluye la protección de los bienes que hacen parte del patrimonio cultural

de la Nación, simplemente significa que aquellos gozan de la protección especial que otorga la Ley 397 de 1997. Dicho de otro modo, las expresiones impugnadas no están dirigidas a excluir la protección de los bienes del patrimonio cultural de la Nación, sino a otorgar especial cuidado y garantía a los que se consideran de interés cultural. Y, la tercera, al aplicar la ley general de la cultura y las normas que la reglamentan únicamente a los bienes que han sido declarados de interés cultural, evidentemente se establecen restricciones y garantías solamente para esos bienes, excluyéndose, de esta forma, los bienes que hacen parte del patrimonio cultural de la Nación que no han sido declarados de interés cultural”.

Ley 1907 de 2018.

Por la cual se hace el reconocimiento a la cultura, tradición e identidad llanera y se insta a las autoridades locales administrativas a desarrollar un plan especial de Salvaguarda al patrimonio cultural llanero.

○ **NORMATIVIDAD DISTRITAL**

Proyecto de Acuerdo 123 de 2020 - (PLAN DE DESARROLLO 2020-2024)

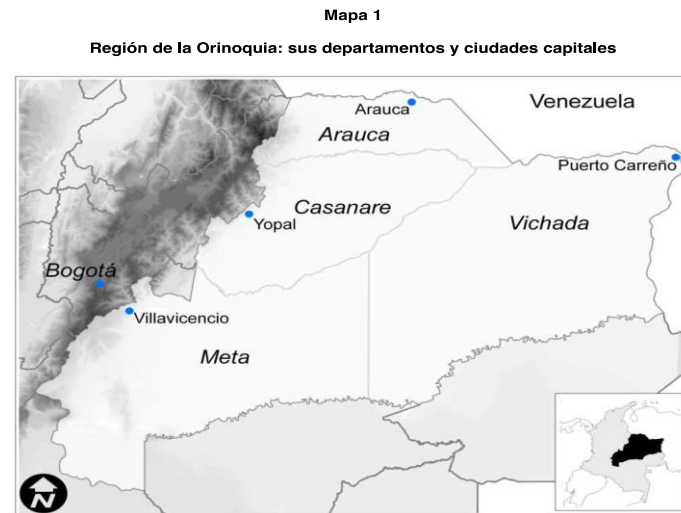
Programa 21. Creación y vida cotidiana: Apropiación ciudadana del arte, la cultura y el patrimonio, para la democracia cultural. Superar las barreras culturales, económicas, físicas que dificultan la participación de la ciudadanía en la vida cultural de la ciudad, y obstaculizan la transformación cultural de los ciudadanos para reconocer a los otros. A través de procesos y actividades pertinentes y accesibles en las dimensiones de la creación, la formación, la circulación, la investigación y la apropiación lograr que la ciudadanía incorpore las artes a su vida cotidiana, mediante la práctica y el acceso a la oferta cultural. Reconocer bienes y manifestaciones culturales para que hagan parte de nuestro patrimonio; **el programa podrá incluir acciones, entre otras, las orientadas a la promoción de las expresiones culturales y artística del joropo en el marco del tradicional festival Colombia al Parque;** oferta de actividades educativas y culturales que integren el patrimonio cultural material, inmaterial y natural; y el fortalecer iniciativas, proyectos y procesos desarrollados por los agentes culturales y patrimoniales de Bogotá con un enfoque participativo e intercultural, para que la ciudadanía pueda tener acceso a su patrimonio, a la historia de su ciudad, comprendiendo la importancia de respetarlo

II. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

La región de los llanos está compuesta por los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada. Está se caracteriza por su emprendimiento, vocación de trabajo y respeto por los demás colombianos.

Al igual que muchas otras regiones y departamentos del país, el papel que esta desempeña para el mismo es vital. No solo porque produce el 73.3% de los recursos petrolíferos que, ni por su

contribución a la cultura de nuestro país, sino porque es esta región colombiana la que provee de alimentos a gran parte del país y sirve de despensa a la ciudad capital.



Fuente: IGAC.

120

Como primera medida es pertinente presentar el desarrollo agropecuario en la altillanura colombiana. De acuerdo con el Plan Prospectivo Agropecuario – Puerto Gaitán 2020, dicha región está compuesta por alrededor de “4,5 millones de hectáreas con aptitud agrícola”¹²¹ y a su vez se subdivide en tres (3): La Altillanura plana, la inundable y la disectada o serranía.

De esta forma, la altillanura plana cuenta con aproximadamente “4.3 millones de hectáreas repartidas en los departamentos de Arauca, Casanare, Meta y Vichada. Dichas hectáreas se caracterizan por ser suelos ácidos, en sabana nativa, de baja fertilidad, mecanizables, donde se está cultivando caucho, forestales, palma, arroz, maíz, soya, y hay ganadería principalmente”¹²²

La altillanura inundable o sabana “están en la margen izquierda del río Meta en los departamentos de Arauca y Casanare; el 30% son bancos de sabana y el 70% restante son esteros y bajos dedicados a la ganadería, con algunas pequeñas unidades de producción de oferta múltiple”¹²³. De igual manera, es importante señalar que la región tiene “una extensión de 13.955 Km, que corresponde al 12% del territorio nacional”¹²⁴

En este mismo orden de ideas, resulta sumamente importante, en términos alimenticios, la labor que esta región y especialmente la altillanura realizan para el país. De esta manera, presento a continuación las cifras respecto a los cultivos y las hectáreas cultivadas en el 2012 en la altillanura.

¹²⁰ Instituto Geográfico Agustín Codazzi, tomado de VILORIA DE LA HOZ, Joaquín, Geografía Económica de la Orinoquía, Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República. Cartagena, Bolívar 2009, pág. 9.

¹²¹ Plan Prospectivo Agropecuario Puerto Gaitán 2020, abril 2009.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ Revista Semana, Tierra a la Vista - Orinoquía, edición 17 de marzo de 2013, pág. 41.

La Altillanura en cifras.¹²⁵

Cultivo	Área
Granos	46.118
Palma de aceite	22.250
Forestales	20.400
Caña de Azúcar	4.500
Caucho	11.900

Fuente Departamento Nacional de Planeación (2011), informe de Fundallanura para Fenalce

De acuerdo con los anteriores datos, es consecuente sostener que la participación y el papel que cumple la región llanera respecto a la producción de alimentos para el consumo del país son esenciales para el desarrollo del mismo. De igual manera, frente a Bogotá, la labor que estos departamentos realizan contribuye altamente a que los habitantes de la ciudad capital puedan tener una alimentación sana y balanceada.

Adicional a lo anterior, resulta importante destacar el papel que los llanos juegan frente a la identidad y a la cultura colombiana. Las costumbres, sus tradiciones, los bailes y su oferta gastronómica contribuyen al mantenimiento, promoción y desarrollo cultural del país. De esta manera, cuando se piensa en el llano es imposible pasar por alto el joropo, el coleo, la ternera llanera, el arpa y las maracas.

Así pues, encontramos que su principal baile es el “joropo”¹²⁶ y se caracteriza por ser “la fiesta de los llaneros donde improvisa en cada una de sus formas de música, canto y danza. Del árabe xarop (jarabe) se originó esta palabra que se hermana con soropo, que es la vivienda del llanero marginal.

El joropo fue delineado por el fandango y el fandanguillo, y cada una de sus expresiones contiene rasgos de sus raíces: el paso de valsiao, el zapateo y baile por parejas independientes; la improvisación de coplas de los bailadores, además del traje agitanado y el pañuelo que usaron nuestros antepasados; el introductorio “eco” del cantor de corrios que sobre la dominante o la

¹²⁵ *Ibidem.*

¹²⁶ *El Territorio del Joropo une a 38 municipios de Arauca, Casanare, Meta, Guaviare y Guainía, departamentos que constituyen los Llanos Orientales Colombianos, región que se identifica musicalmente por el sistema joropo y en la que se establece una clara diferenciación entre los cantos de ganado ligados a las faenas del trabajo cotidiano del llano, las músicas de santo y las músicas de parrando.* República de Colombia, Ministerio de Cultura, Plan Nacional de Música para la Convivencia, Territorio del Joropo. <http://www.mincultura.gov.co/?idcategoria=42159>

supertónica se eleva varios compases antes de desarrollar el tema que es reminiscencia mora, o da paso ,al contrapunteo; los instrumentos, con excepción de las aborígenes maracas capachos, nos recuerdan que somos herederos de una cultura de la gran Europa, donde se confundieron elementos folclóricos de moros, italianos, alemanes, franceses, españoles y portugueses.

Se llama golpe a cada una de las diferentes formas de música empleadas para cantar conos o contrapuntear.

Los golpes o sonos más conocidos son: Guacharaca, pájaro, pajarillo, seis (corrío), seis por numeración, seis por derecho. seis numerao, gaván, chipola, catira, zumbaquezumba, nuevo callao, periquera, patos, sanrafael, quirpa, carnaval, perro de agua, merecure, perica.”¹²⁷

Tan importante resulta el *joropo* para dicha región y para el país, que desde 1960 este baile cuenta con su propio el torneo internacional. “*Cuando el Meta fue erigido departamento, se inauguró el primer Torneo Internacional del Joropo. Del 30 de junio al 3 de julio de cada año se dan cita turistas y habitantes de la región en Villavicencio para participar en el concurso de interpretes, compositores y bailarines de la música tradicional llanera.*

De igual manera, es importante señalar que en materia de hidrocarburos *la región de la Orinoquía produce el 73,3% del total nacional¹²⁸*. Los principales departamentos productores son Meta, Casanare y Arauca, los cuales producen, el 48,6%, 17,9% y 6,8%¹²⁹ respectivamente del petróleo nacional. *Lo anterior hace que esta región sea la productora de casi tres cuartas partes del petróleo del país¹³⁰.*

También, cabe destacar el papel que la región ocupa en materia de diversidad ecológica. “La Orinoquía alberga 5.400 especies de flora, 1.435 especies de peces de agua dulce, 56 de ellas endémicas, 48 especies de anfibios, 32 tipos de sabana, 200 especies de pastos se han encontrado en la región llanera, 701 especies de aves, el 40% de las registradas en Colombia, 39 reservas naturales de la sociedad civil, que suman 68.000 hectáreas. El río Orinoco tiene una longitud de 2.149 Km, uno de los más largos de América.

En virtud de lo anterior, es fundamental resaltar y enaltecer las costumbres culturales de esta región tan importante para Colombia y por ende para Bogotá, así como reconocer el trabajo que la mencionada región realiza en beneficio del país. En virtud de lo anterior, consideramos apropiado proponer que se destine un día para la celebración de la región llanera y exaltar así las costumbres y tradiciones de esta cultura que aporta positivamente a la ciudad capital.

De acuerdo a lo anterior, se propone que el día distrital de la cultura llanera, se realice en el Marco del festival Colombia al parque, contando con un escenario exclusivo, que la duración corresponda al mismo tiempo de realización del festival y se adelante por medio de una organización propia que se identifique con esta iniciativa.

¹²⁷ MARTIN, Miguel Ángel, Del Folclor Llanero, Banco de la República, Biblioteca Virtual Luis Angel Arango. <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/folclor/folclor/joropo.htm>

¹²⁸ Revista Semana, Tierra a la Vista - Orinoquía, edición 17 de marzo de 2013, pág. 102

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

Es pertinente precisar que Bogotá como Capital y receptora de importantes flujos de migraciones desde mediados del siglo pasado, ha acogido a colonias llaneras, boyacenses, costeñas, paisas, pastusas, vallunas etc., circunstancia por la cual en el presente proyecto de acuerdo se promueve la exaltación de la colonia llanera que vive en el distrito y con la cual en el marco de la integración regional corresponde estrechar lazos para adelantar proyectos de manera conjunta de acuerdo a las potencialidades de dicha región.

III. MARCO JURÍDICO Y COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

DECRETO LEY 1421 de 1993 “Estatuto Orgánico de Bogotá”.

Art. 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.

13. Regular la preservación y defensa del patrimonio cultural.

(...)

IV. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, aclaramos que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación. Las medidas a adoptar serán financiadas con los presupuestos definidos en las diferentes entidades y de acuerdo a lo dispuesto en que el Plan de Desarrollo Distrital 2020- 2024 “UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI”, en concordancia con lo establecido en el Programa 21 del artículo 15 del Acuerdo 761 de 2020.

V. TÍTULO – ATRIBUCIONES - CONSIDERANDOS

PROYECTO DE ACUERDO No. 316 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE RECONOCE EL 25 DE JULIO COMO EL DÍA DISTRITAL DE LA CULTURA LLANERA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los numerales 1 y 13 del artículo 12, del Decreto Ley 1421 de 1993,

I. ARTICULADO

ACUERDA:

ARTÍCULO 1: OBJETO – Efectuar el reconocimiento Distrital a la cultura llanera, comprendida por el conjunto de expresiones y manifestaciones culturales materiales e inmateriales para salvaguardar y promover las tradiciones de las comunidades y pueblos llaneros en la ciudad de Bogotá.

ARTÍCULO 2: Reconocer como elementos que integran la cultura llanera el conjunto de expresiones lingüísticas, sonoras, musicales, cantos de vaquería, expresiones audiovisuales, fílmicas, testimoniales, documentales, literarias, bibliográficas, museológicas o antropológicas, gastronómicas y artesanales.

ARTÍCULO 3: Adóptense por parte de las autoridades competentes las medidas necesarias para garantizar la salvaguarda de la cultura llanera, comprendidas en el conjunto de expresiones y manifestaciones culturales materiales e inmateriales del folclor llanero.

ARTÍCULO 4: Declárese el 25 de julio como el Día Distrital de la Cultura Llanera. Las entidades distritales competentes realizarán el Festival Joropo al Parque durante este mes, para dar a conocer y promocionar la cultura, tradición e identidad llanera, con el fin de generar impactos positivos en la expresión, el disfrute y el conocimiento colectivo de cultura e idiosincrasia llanera por parte de los ciudadanos de Bogotá D.C.

ARTÍCULO 5: La Administración Distrital, por intermedio de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte y el Instituto Distrital de las Artes-IDARTES dentro del marco de sus competencias, realizará esta actividad cultural de la que trata el artículo anterior con la participación activa de los diversos grupos de la región llanera residentes en el Distrito Capital; así como los representantes de los sectores privado o público, del orden distrital y nacional, definiendo un lugar específico para llevarla a cabo.

ARTICULO 6: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

H.C. JULIÁN ESPINOSA ORTÍZ.

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. ANDRÉS DARÍO ONZAGA

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. MARIA FERNANDA ROJAS M

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. LUCIA BASTIDAS UBATÉ

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. CELIO NIEVES HERRERA

Concejales de Bogotá
Polo Democrático Alternativo

H.C. EMEL ROJAS CASTILLO

Concejales de Bogotá
Colombia Justa Libres

H.C. ADRIANA CAROLINA ARBELAEZ

Concejales de Bogotá
Cambio Radical

H.C. EDWARD A. ARIAS. R.

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. LUIS CARLOS LEAL

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. MARIA CLARA NAME

Concejales de Bogotá
Partido Alianza Verde

H.C. MARCO ACOSTA RICO

Concejales de Bogotá
Colombia Justa Libres