



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

AÑO II N°. 3251 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO NOVIEMBRE 4 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO N° 504 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A LAS MADRES GESTANTES Y LACTANTES EN EL DISTRITO”.....	12521

## PROYECTO DE ACUERDO N° 504 DE 2021

### PRIMER DEBATE

#### “ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A LAS MADRES GESTANTES Y LACTANTES EN EL DISTRITO”

##### 1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO:

Crear una red de apoyo y asistencial desde las instituciones privadas, públicas y de la sociedad civil, encaminada a la prevención de problemas y trastornos mentales y la promoción de la salud mental en madres gestantes y lactantes del Distrito.

##### 2. SUSTENTO JURÍDICO DE LA INICIATIVA.

**Constitución Política de Colombia, 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.

**La Ley 1616 de 2013** contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, el cual en su artículo 7 establece que el Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

**Resolución 3280 de 2018** - Nuevas rutas integrales de atención en salud: Esta Resolución da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la cual tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Las RIAS Es una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Adicionalmente, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, mediante la definición de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades.

**Acuerdo Distrital 761 de 2020 – Plan de Desarrollo Distrital**, en el marco del programa Oportunidades de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños, niñas y adolescentes, en las metas estratégicas: A 2024 Cumplir con el avance del Plan de Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud.

Contribuyendo al cierre de brechas de inequidad territorial con el sur y suroccidente de la ciudad mediante la ampliación de servicios de salud en las localidades con menos servicios, ya sea por creación de nueva infraestructura como con el fortalecimiento de los servicios actuales. Esto en defensa del derecho a la salud y en virtud de sus elementos esenciales tales como accesibilidad equidad y progresividad y 4. Porcentaje de avance en obras y dotación complementarias para la infraestructura en salud del D.C. (10 unidades de servicios, 3 salud mental y 1 laboratorio de biocontención). LB. 1% (Meta: 80%). Programa de 8. Prevención y atención de la maternidad temprana con énfasis en proyectos de vida con responsabilidad generando mejores oportunidades para esta población.

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE ACUERDO

Los desarrollos de política pública en materia de salud mental en el país obedecen a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde insta a los Estados Miembros a aumentar las inversiones en salud mental y exhorta además que el desarrollo, atención y garantías en salud mental deben tener un enfoque en derechos humanos<sup>1</sup>.

Con base en lo anterior, se han realizado los siguientes avances en materia de política de salud mental:

1. En 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, así como mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases, a través de la cual se

---

<sup>1</sup> Estrategias y Planes de Acción sobre Salud Mental 2013-2021, OMS.

establecieron las relaciones entre la salud mental desde una perspectiva integral y se definieron las atenciones para las personas con padecimientos mentales.

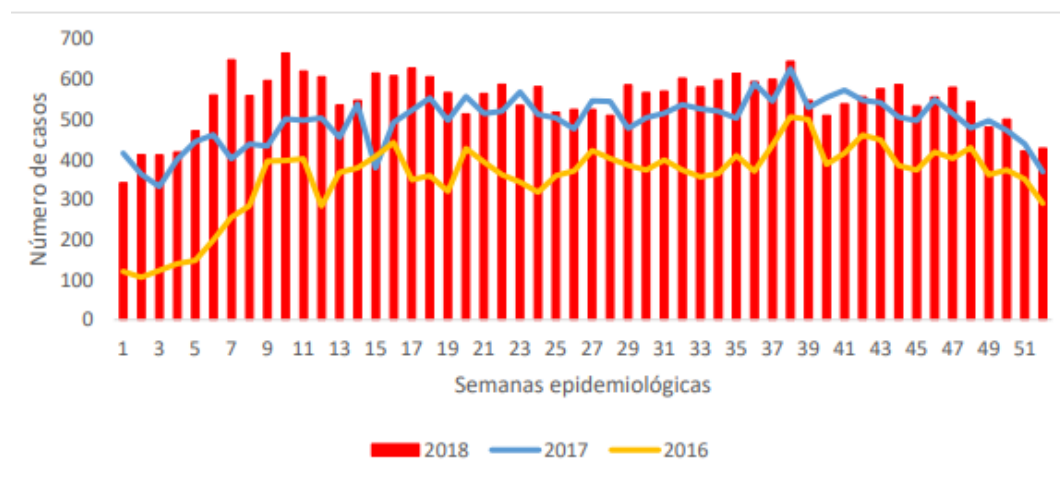
2. En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia con "...el propósito de facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional...".
  3. En 2007, el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP, formularon el documento "Política Pública del Campo de la Salud Mental, Propuesta para la discusión y acuerdos", el cual enfatizó la gestión integral de la salud mental y los aspectos relacionados con el enfoque de determinantes de sociales de la salud y el deterioro de esta.
  4. En 2013, con la Resolución 1841, se publicó el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, que integra la dimensión transversal "Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables" y acoge lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 en su componente "Víctimas de Conflicto Armado Interno" y estableciendo como parte de sus dimensiones, la de Convivencia y Salud Mental, como eje prioritario dentro de la cual propone la meta f del Componente de Promoción de la convivencia social y de la salud mental, que "a 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten y adapten la Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social".
  5. En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Universidad Nacional de Colombia, construyeron el documento "Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021", que hizo énfasis en "... garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de **acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental...**".
  6. Mediante Resolución 4886 de 2018 el Ministerio de Salud adopta la Política Nacional de Salud Mental que deroga la resolución 2358 de 1998 la cual dispone de las siguientes acciones: 1). Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; 2). Control de los trastornos psiquiátricos; 3). Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano; 4). Vigilancia epidemiológica.
- El Distrito es el responsable y garante de las políticas de salud en la ciudad, sin embargo en todo proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas es fundamental la participación de otros actores fundamentales de la sociedad como lo son las instituciones privadas y de la sociedad civil y comunitarias para garantizar calidad y cobertura en la prestación de los servicios en la salud y más específicamente salud mental como bien lo han mostrado estudios que reconocen la promoción de la salud mental y la rehabilitación, mediante servicios basados en la comunidad y su integración en la atención

sanitaria general.<sup>2</sup> Alcanzar la prevención de las distintas afectaciones a la salud mental y su promoción efectiva debe estar acompañado del fortalecimiento a las capacidades de los actores clave para este proceso.

Entre los resultados no deseados de afectaciones a la salud mental tenemos la conducta suicida definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”<sup>3</sup>. El intento de suicidio tiene un carácter multifactorial, sin embargo, diversos estudios han identificado factores asociados importantes como los trastornos psicopatológicos, (depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas). Algunos estudios afirman que aproximadamente el 40 % de quienes han intentado suicidarse han realizado intentos previos y entre el 10 % y el 14 % finalmente termina en un suicidio consumado<sup>4</sup>.

El Sistema de Salud Pública (**SIVIGILA**) tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública. En 2018 se registró 28 615 casos con un incremento de 10.9% respecto al año 2017 con una incidencia nacional de intento de suicidio de 56,8 casos por 100.000 habitantes.

Figura 1. Casos notificados de intento de suicidio, Colombia, 2018



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

2 FAYDI Edwige, et al. An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia [en línea]. Send to Health Res Policy Syst. 2011 Apr 8; 9:17. doi:10.1186/1478-4505-9-17. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477285>

3 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>

4 García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, Lopez C. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(4): 610-627

De estos 28 615 casos reportados de intento de suicidio, el 63,4 % corresponden al sexo femenino y el 36.6% corresponden al sexo masculino y el 73,5 % de los casos se encuentra entre los 10 y los 29 años de edad. Los grupos poblacionales que presentaron mayor porcentaje de casos de intento de suicidio fueron la población de centros psiquiátricos, la población privada de la libertad, y las gestantes, que en su conjunto sumaron el 4,8 % del total de los casos. En el 69,7 % del total de los casos de intento de suicidio, los factores desencadenantes fueron en su orden: el conflicto con la pareja o expareja, los problemas económicos, el maltrato físico psicológico o sexual, y los problemas del entorno escolar o educativo.

**Tabla 2. Casos de intento de suicidio por grupos poblacionales, Colombia, 2018**

Grupos poblacionales	Casos	%
Centros psiquiátricos	728	2,5
Gestantes	286	1,0
Carcelarios	346	1,2
Desplazados	227	0,8
Población infantil a cargo de ICBF	154	0,5
Víctima de violencia	102	0,4
Migrantes	132	0,5
Discapacitados	92	0,3
Indigentes	65	0,2
Desmovilizados	8	0,0
Madres comunitarias	5	0,0
Sin especificar	26470	92,5
<b>Total</b>	<b>28615</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2018.

El factor de riesgo más común del intento de suicidio es el trastorno depresivo (23,2 %), seguido por el plan organizado de suicidio (7,2 %), y el antecedente familiar de conducta suicida (5,9 %).

**Tabla 4. Factores de riesgo identificados en los intento de suicidio, Colombia, 2018**

Factores de riesgo	Casos	%
Trastorno depresivo	6643	23,2
Plan organizado de suicidio	2067	7,2
Antecedente familiar de conducta suicida	1689	5,9
Antecedente de violencia o abuso	1481	5,2
Abuso de alcohol	1416	4,9
Trastorno bipolar	815	2,8
Trastorno de personalidad	769	2,7
Esquizofrenia	493	1,7
Sin especificar	13242	46,3
<b>Total</b>	<b>28615</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2018.

Además de los intentos de suicidio tenemos el consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a los factores de riesgo a afectaciones a la salud mental de la población cuyas causas pueden ser múltiples y se relacionan a factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario siendo un riesgo importante para la salud lo cual se refleja principalmente en la pérdida de años vividos sin salud, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas como cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras, con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como **gestantes**, habitantes de calle, personas privadas de la libertad y personas que se inyectan drogas<sup>5</sup>.

Así mismo, los factores relacionados a la violencia (interpersonal e intrafamiliar) y convivencia social tienen incidencia en la salud especialmente de las mujeres y sus hijos. Donde Perú y Colombia cuentan con las tasas más altas de violencia física (aproximadamente 40%), mientras en los demás países este indicador registra un menos del 20%<sup>6</sup>. Razones por las cuales se priorizaron estos factores en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.

Es así como se viene reconociendo la importancia de la atención y el fortalecimiento de programas y estrategias **integrales e integradas** para la Salud Mental. “En Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100000 habitantes, en relación con otros profesionales, existe insuficiente información, por ejemplo, sobre el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental”<sup>7</sup>. Esta deficiencia en recursos humanos tiene una clara incidencia en las fallas para la detección temprana aumentando la probabilidad de aumento en el número de personas con factores de riesgo a padecer problemas o trastornos mentales.

La organización Mundial de la Salud y distintas investigaciones han corroborado que los factores y determinantes intermedios y aproximantes pueden ser económicos, culturales, sociales, políticos y ambientales que obligan a esta problemática que trasciende la Salud Mental a tratarla de manera integral desde acciones transectoriales desde los distintos actores de la sociedad para la construcción de redes sociales de asistencia en Salud Mental con un abordaje colectivo y verdaderamente integral.

Según el Ministerio de Salud, el abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, el cual implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con

5 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, 2018 [en línea]. Disponible en Internet: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018\\_lineamientos\\_nacional\\_prevencion\\_spa.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018_lineamientos_nacional_prevencion_spa.pdf)

6 POL PUB NACIONAL

7 POL PUB NAL

todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. La Ruta de atención materna, contiene aspectos que en su conjunto permiten actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de **mortalidad materna y morbilidad materna extrema**. En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna. **Esta ruta está centrada en las mujeres embarazadas**, su gestación, su familia y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa. (Salud, 2021)

A nivel de Salud mental y convivencia social, el Ministerio de Salud permite un espacio de construcción y participación institucional y comunitaria, para el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas, encaminadas a la promoción de la salud mental y la convivencia social, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, así como a la atención integral en salud mental y violencias, que contribuyen al bienestar y al desarrollo humano y social a lo largo del curso de vida. Hacen parte de esta dimensión los equipos de: **Gestión integrada para la salud mental, Promoción de la convivencia y prevención de violencias**.

Según el Dane, en el primer trimestre de 2020, los nacimientos en Colombia disminuyeron 2,6% frente al mismo periodo de 2019, mientras que las defunciones no fetales aumentaron 3,8%.

“La tasa de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años descendió de 72 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2012, a 57 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2019. Lo que representa pasar de 155.890 nacimientos en el año 2012 a 117.633 en el año 2019”, explicó Ana María Peñuela Poveda, coordinadora del Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía.

Número de nacimientos, por sexo. Total, nacional. I trimestre (2020pr – 2019pr)

Sexo	I trim 2020pr		I trim 2019pr	
	Total	%	Total	%
Total	145.619	100,0	149.528	100,0
Hombres	75.070	51,6	76.615	51,2
Mujeres	70.536	48,4	72.898	48,8
Indeterminado	13	0,0	15	0,0

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales Pr:  
cifras preliminares

Número de defunciones no fetales, por sexo. Total, nacional. I trimestre (2020pr – 2019pr)

Sexo	I trim 2020pr		I trim 2019pr	
	Total	%	Total	%
Total	56.972	100,0	54.908	100,0
Hombres	31.483	55,3	30.314	55,2
Mujeres	25.435	44,6	24.582	44,8
Indeterminado	54	0,1	12	0,0

**Número de defunciones no fatales, por sexo. Total, nacional. I trimestre (2020pr – 2019pr)**

Sexo	I trim 2020pr		I trim 2019pr	
	Total	%	Total	%
Total	56.972	100,0	54.908	100,0
Hombres	31.483	55,3	30.314	55,2
Mujeres	25.435	44,6	24.582	44,8
Indeterminado	54	0,1	12	0,0



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales  
Pr: cifras preliminares

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales  
Pr: cifras preliminares

**Número de nacimientos, según grupos de edad de la madre. Total, nacional I trimestre (2020pr – 2019pr).**

Grupos de edad de la madre	I trim 2020pr		I trim 2019pr	
	Total	%	Total	%
Total	145.619	100,0	149.528	100,0
De 10 a 14 años	1.018	0,7	1.161	0,8
De 15 a 19 años	25.801	17,7	27.358	18,3
De 20 a 24 años	42.358	29,1	43.249	28,9
De 25 a 29 años	36.011	24,7	36.322	24,3
De 30 a 34 años	23.908	16,4	24.570	16,4
De 35 a 39 años	13.075	9,0	13.339	8,9
De 40 a 44 años	3.192	2,2	3.264	2,2
De 45 a 49 años	217	0,1	232	0,2
De 50 a 54 años	38	0,0	33	0,0
Sin información	1	0,0	0	0,0

Embarazos en adolescentes

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales  
Pr: cifras preliminares

En esta misma línea, según el Dane, las mayores proporciones de nacimientos entre enero y marzo de 2020 se registraron en el grupo de madres entre 20 y 24 años (29,1%), y entre 25 y 29 años (24,7%). El número de nacimientos cuya madre se encontraba entre los 15 y 19 años disminuyó en un 5,7%, pasando de 27.358 casos en el primer trimestre de 2019 a 25.801 en el mismo periodo de 2020. Así mismo, entre enero y marzo de 2020 se redujo en 12,3% el número de nacimientos cuya madre tenía entre 10 y 14 años, en comparación con el primer trimestre del año anterior. (Salud, Consultor, 2020).



## **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.

Adicionalmente, En este punto es de resaltar, que la Honorable Corte Constitucional mediante Sentencia C- 911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

En conclusión, el impacto fiscal del presente proyecto de acuerdo en nada modifica el marco fiscal de mediano plazo presentado por la Administración Distrital

Cordialmente,

**MARCO ACOSTA RICO**

Concejal de Bogotá y Vocero de Bancada  
Partido Colombia Justa Libres

**PROYECTO DE ACUERDO N° 504 DE 2021**

**PRIMER DEBATE**

**“ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A LAS MADRES GESTANTES Y LACTANTES EN EL  
DISTRITO”  
EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

**ACUERDA:**

**ARTICULO 1. OBJETO.** Crear una red de apoyo y asistencial desde las instituciones privadas, públicas y de la sociedad civil, encaminada a la prevención de problemas y trastornos mentales y la promoción de la salud mental en madres gestantes y lactantes del Distrito.

**ARTÍCULO 2.** La Administración Distrital deberá georreferenciar las fundaciones y organizaciones Provida con la articulación de las redes de apoyo de cuidado por localidad, UPZ y barrios, manzanas de cuidado y las unidades móviles de servicios del cuidado, esto con el fin de lograr la prestación de servicios de crisis en las mujeres gestantes del Distrito.

**ARTÍCULO 3.** La Administración Distrital, acorde con las competencias de cada entidad, deberá generar acciones para apoyo y asistencia en salud mental a la población gestante articulada con actores fundamentales de la sociedad de carácter público y privado, tales como organizaciones y Fundaciones Provida por localidad.

**ARTÍCULO 4.** La Secretaria de Salud deberá organizar servicios informales de salud mental para las madres gestantes y lactantes a nivel comunitario, que incluyen programas de orientación, grupos de autoayuda para las personas con trastornos mentales y sus familias, centros de consulta sin cita previa, programas de gestión de casos y programas de divulgación y servicios de crisis.

**ARTÍCULO 5.** La Secretaria de Salud deberá fomentar una red de apoyo a nivel comunitario para niños, niñas, adolescentes y madres gestantes con el fin de prevenir problemas, enfermedades y trastornos de carácter mental.

**ARTÍCULO 6.** La Secretaria de Salud en coordinación con la Secretaria de educación y de Integración Social, deberá organizar servicios de prevención y promoción, como programas escolares de promoción de la salud mental desde las instituciones sociales y comunitarias.

**ARTÍCULO 7.** La Secretaria de la mujer deberá promover de manera articulada con las fundaciones y organizaciones Provida, sociedad civil y comunidad en general, en cada localidad, alternativas diferentes a la IVE para manejo de embarazos en crisis en el Distrito.

**Artículo 7. Vigencia.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bogotá D. C. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2021