

## **PROYECTO DE ACUERDO N° 173 DE 2024**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR EL CUAL SE CREA LA RUTA POR LA VIDA DIRIGIDA A MUJERES GESTANTES, LACTANTES Y LA VIDA POR NACER EN APOYO A LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL (RIAS)”.**

#### **1. OBJETO DEL PROYECTO**

El presente Proyecto de Acuerdo, tiene como objeto complementar la Ruta Integral de atención Materno-Perinatal, especialmente en sus componentes de salud mental y apoyo comunitario con el fin de crear acciones de acompañamiento y contención a las mujeres durante su proceso de gestación y lactancia tomando en consideración su condición física, mental, familiar y económica con el fin de llevar a buen término su proceso de gestación y maternidad propendiendo siempre por el bienestar integral de la madre y la vida por nacer ofreciendo una alternativa a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

#### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

El proceso de gestación es considerado tanto a nivel cultural, social y jurídico un estado de especial atención y cuidado frente a las dificultades tanto médicas como socioeconómicas que rodean a la mujer embarazada. Bajo este fundamento, el Estado ha avanzado en todo tipo de protección y garantía de derechos que reconocen a la mujer embarazada como un sujeto cuyas necesidades deben ser prioritarias en la atención y oferta de servicios necesarios para el buen desarrollo de su gestación y el cuidado de su persona y la vida por nacer.

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de las gestantes, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la “Ruta Integral de atención Materno-Perinatal” (en adelante RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal.

Según el Ministerio de Salud, "el objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento

de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos". Esta ruta es una herramienta de obligatorio cumplimiento en todo el país.

A continuación, se muestra un diagrama de la Ruta, socializado por el Ministerio de Salud. (Ver imagen 1).

### Imagen 1. Diagrama de componentes de la RIAS.



Esta ruta plantea la integralidad ya que promueve no solo las acciones individuales para el goce de los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque preventivo, sino que contempla a su vez las obvias acciones desde el sector salud -a través de los prestadores primarios y complementarios-, como la atención comunitaria de la gestante y lactante, ofrecidas nuevamente desde las entidades distritales y territoriales del Estado.

En dicha atención se busca identificar y diagnosticar posibles factores de riesgo que desemboquen en afectaciones a la salud de la madre y la vida por nacer al igual que causales establecidas para acceso al aborto de acuerdo a la Sentencias C 355 de 2006 y la C 055-2022.

Sin embargo, tanto los factores de riesgo como las causas y causales que pueden llevar a una mujer a abortar pueden ser acompañadas de tal forma que se lleva a buen término el embarazo y el proceso de maternidad y la protección de la vida por nacer sin que eso signifique atentar contra la voluntad de la madre gestante, ni obligarla a realizarse o desistir de ningún procedimiento.

Se trata de fortalecer la capacidad de decisión de la madre aun estando en las causales o dentro del marco jurídico constitucional que le permite acceder al aborto, pero que desea conocer todas sus opciones incluyendo el de la vida. Y de esa forma, encontrarse con una ruta de atención robusta, oportuna, integral y de calidad que le acompañe y contribuya a suplir las necesidades o a superar la situación que en un principio le pueden llevar a entender el aborto como única opción. Nuevamente, no se trata de obstaculizar o negarle el acceso a sus opciones, sino ampliarlas garantizándole su derecho a la información completa, clara y veraz; y al tiempo, fortalecer los vacíos en la oferta institucional, al igual que complementar y reforzarla acción institucional de protección y tratamiento que ya contiene la RIAS para optimizar la atención en salud a la madre gestante y la vida por nacer que pueden encontrarse en vulnerabilidad.

### **AFECTACIONES A LA SALUD MENTAL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO**

En la cultura general es bien conocido el término “depresión posparto” definido como un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. “Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificulta realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas, de otras personas, al igual que del recién nacido”<sup>1</sup>

Según el National Institute of Mental Health de los Estados Unidos, esta condición aparece debido a que después de dar a luz los niveles hormonales (especialmente de estrógeno y progesterona), disminuyen considerablemente; lo cual ocasiona cambios químicos en el cerebro que pueden llegar a impactar negativamente el estado de ánimo.<sup>2</sup>

Adicional a ello, el hecho de no dormir lo suficiente como consecuencia de los desafíos propios de la maternidad, desemboca en agotamiento e incomodidad, facilitando con ello la presencia de esta condición.

<sup>1</sup> DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Depresión Perinatal.

[Portal Web] National Institute of Mental Health. [Consultado: 24 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal/index.shtml>

<sup>2</sup> Idem.

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

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

Aislamiento

- Preocuparse en exceso y sentir ansiedad

Sin embargo, existe una condición poco conocida durante el proceso de gestación denominada en términos psiquiátricos “**depresión prenatal o preparto**” o en inglés “Antenatal Depression”<sup>3</sup>. Es una condición que afecta entre el 7% y 20% de las mujeres embarazadas a nivel mundial y ha sido motivo de estudio en el Reino Unido, Estados Unidos y Finlandia entre otros países. Sin embargo, es una condición poco conocida en Latinoamérica. Los síntomas de la depresión preparto en el estudio anteriormente referenciado realizado en Victoria, Australia reveló que existe una relación muy estrecha entre la depresión antenatal y la ideación suicida; desesperación; miedo; sensación de falta de apoyo moral, etc. Así mismo otro estudio realizado en Suecia por diversas universidades<sup>4</sup> reveló que la ansiedad, el miedo y la depresión, propias de esta condición, se encuentran también presentes en aquellas mujeres que desean abortar.

Una de las causas científicas de dicho padecimiento es que durante un embarazo normal las hormonas estrógenas y las progesteronas -encargadas de regular las funciones hormonales, así como el ánimo de la mujer- aumentan en un volumen de 30 a 50 veces. Pero existen casos en los que la placenta no produce la cantidad necesaria de progesterona, la cual no tiene efecto sobre la vida por nacer, pero sí un efecto depresivo en la madre.

Esto muchas veces pasa inadvertido como enfermedad por el paciente y causa estragos en

<sup>3</sup>BMC Psychiatry. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. [Portal Web] Bronwyn Leigh and Jeannette Milgrom. [Consultado: 24 de diciembre de 2023] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24>

<sup>4</sup>Wallin, Inger. Et, al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. En: *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Inglaterra. 2013. Nro. 18. P. 480–488

ella como sentimientos de suicidio, deseos de abortar o ansiedad. La detección y seguimiento de este trastorno, que pudiera ser la solución alterna al aborto, tiene un tratamiento clínico relativamente sencillo. Se realiza a través de sesiones psicológicas, apoyo moral y suplementación con dosis de zinc, hierro, y vitamina c para contrarrestar los efectos hormonales.

Es entonces necesario incorporar en el Sistema Distrital de Salud y especialmente en la RIAS, programas de detección de Depresión Antenatal, para proveer soluciones concretas a quienes son diagnosticadas con ésta condición y atender la problemática de raíz, no de manera paliativa e ineficaz con un aborto.

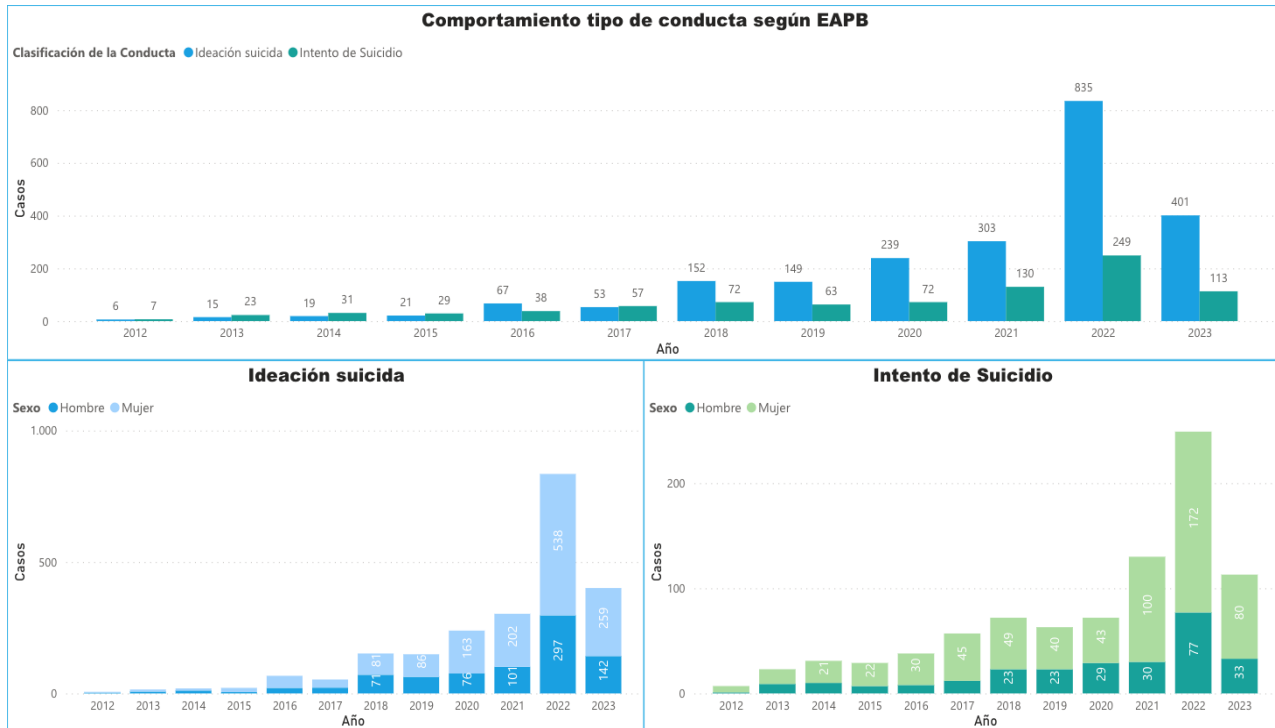
### **SUICIDIOS DE MUJERES EN BOGOTÁ**

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

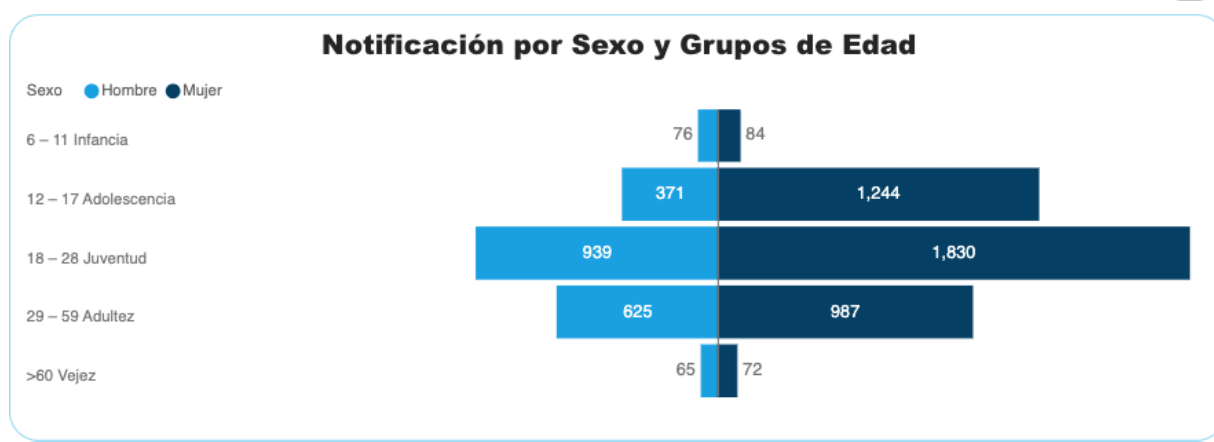
Según el Subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida – SISVECOS- que recoge estos datos desde el año 2012, reporta en el portal SALUDATA, que tanto la ideación suicida como el intento de suicidio prevalece en las mujeres.

(Ver imagen 2)

**Imagen 2. Clasificación de comportamiento suicida en Bogotá de acuerdo a sexo y tipo de conducta.**



Respecto al primer semestre de 2023 en Bogotá, se registraron 6.295 intentos suicidas, con una tasa del 8.0 por 10.000 HB. El grupo de edad que presenta mayor peso porcentual corresponde a los grupos de edad juventud (y evidentemente en etapas de edad fértil) con 2.769, correspondiente al 44 % de los casos, adolescencia con 1.615 (25,6 %) casos y adultez con 1.612 (25,6%) eventos. En este sentido son las mujeres con el 66,99% representando alrededor de 4.217, quienes aportan la mayor frecuencia del evento, mientras que los hombres aportan el 33 % correspondiente a 2.078 hombres, presentándose una tasa de 2 mujeres por cada hombre que presenta la conducta de intento suicida.<sup>5</sup> (Ver imagen 3)

**Imagen 3. Notificación por Sexo y Grupos de Edad del intento de suicidio.**

### COMPONENTE COMUNITARIO Y ENTORNO SOCIAL DE LA GESTANTE COMO ESPACIO DETERMINANTE PARA SU ATENCIÓN INTEGRAL

La RIAS encabezada por el Ministerio de Salud y Protección social y aterrizada al distrito por la Secretaría Distrital de Salud, representa un avance gigantesco en la provisión de servicios integrales a grupos poblacionales de riesgo, en este caso las madres gestantes. Cuya fortaleza, como es de esperarse, recae en el componente de la Gestión de la Salud Pública y la Promoción en la misma la cual se lleva a cabo en su mayoría desde el Prestador Primario y/o Complementario, el cual inicia su gestión desde la prevención e identificación de usuarios que puedan ser incluidos en la ruta, al igual que fortalecer la promoción del autocuidado, enriqueciendo las acciones individuales.

En el componente comunitario se apuesta por Planear la atención según el grupo para la gestión del riesgo, el cual busca articular con otros actores sectoriales en cabeza especialmente de las entidades territoriales. Y aunque la RIAS explora la articulación transectorial que logre alcanzar entornos cercanos a la gestante que salen de la esfera de lo público, se queda corta a la hora de materializar dicha atención para que pueda llamarse realmente integral.

Se plantea desde este Proyecto de Acuerdo la articulación no solo intersectorial que ofrece desde ya la RIAS, sino también con otros ámbitos sociales de la sociedad. Frente a la territorialización de ese componente comunitario se propone articular Con la Secretaría de Integración Social y la Secretaría Distrital de la Mujer a través de las Manzanas del Cuidado

<sup>5</sup> Fuente: SISVECOS, Sistema De Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida.

que hasta el día de hoy no se ha materializado y que tiene un fuerte potencial de aumentar la integralidad de la atención. Por otro lado, la articulación debe trascender los límites estatales y de lo público y conectar con la sociedad civil a través de fundaciones, asociaciones e instituciones privadas para el acompañamiento adecuado de las mujeres gestantes y lactantes respecto al embarazo, su maternidad y el derecho a la vida de la vida por nacer y ya nacido.

## 2. MARCO JURÍDICO

### 2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

**ARTÍCULO 1.** Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, **fundada en el respeto de la dignidad humana**, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

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

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

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

**ARTÍCULO 42.** La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o



por la voluntad responsable de conformarla. **El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia.** La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable.

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

**ARTÍCULO 49.** 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.

**ARTÍCULO 93.** Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

## 2.2 LEYES Y SENTENCIAS

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

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

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

**Ley 1098 de 2006.**

“Por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia”

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

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

**Ley 1438 del 2011**

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

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

## 2.3 RESOLUCIONES

### Resolución No. 1515 de febrero 23 de 2016 ICBF,

lineamiento técnico del programa especializado para la atención a adolescentes y mujeres mayores de 18 años, gestantes o en periodo de lactancia, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados.

## 2.4 SENTENCIAS

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

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

#### El derecho a la salud como derecho fundamental

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

#### Noción de salud

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo."6 La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona.7 En términos del bloque de

constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia.<sup>8</sup> (Subrayado fuera de texto).

### **El derecho fundamental a la salud.**

"Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros - una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse, en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional<sup>35</sup> y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho.

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

### **Convención de los Derechos del Niño 1989.**

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

### 3. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

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

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

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

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

### 4. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003: En cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto y 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 respectivo, los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo”.

**Con la presente iniciativa se considera que no se compromete asignar apropiaciones presupuestales diferente a las inherentes al desarrollo de las funciones de las entidades enunciadas y que se encuentran como responsables de cada meta.**

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

Atentamente,

**CLARA LUCÍA SANDOVAL MORENO**  
Concejal de Bogotá Partido  
Liberal Colombiano

## **PROYECTO DE ACUERDO N° 173 DE 2024**

### **PRIMER DEBATE**

**“POR EL CUAL SE CREAN LINEAMIENTOS PARA LA RUTA POR LA VIDA DIRIGIDA A MUJERES GESTANTES, LACTANTES Y LA VIDA POR NACER EN APOYO A LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL (RIAS)”.**

### **EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

Con fundamento en lo dispuesto en la Carta Política, El Estatuto Orgánico del Distrito Capital, Decreto Ley 1421 de 1993 artículo 12 numerales 1 y 25, y el artículo 66, del Acuerdo 348 de 2008,

#### **ACUERDA:**

**ARTÍCULO 1.** Créase e inclúyase la *“Ruta por la Vida a mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer”* en el Modelo Distrital, como un conjunto de acciones, medidas y dispositivos para atender, proteger, acompañar y garantizar de manera integral los derechos de las mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer respecto a la maternidad, el embarazo y el derecho a la vida. Asegurando alternativas a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la toma de decisiones basada en la información completa, clara y oportuna. Esta atención será brindada de manera oportuna y eficaz con un enfoque prioritario en la salud mental, teniendo en cuenta:

1. Las diferentes etapas de la gestación, el parto y posparto.
2. La prevención, detección y tratamiento de los diferentes tipos de depresión perinatal (prenatal y postparto).
3. Atención diferenciada a víctimas de violencia intrafamiliar o cualquier otro tipo de violencia.
4. Atención diferenciada para el embarazo en edades tempranas, madres solteras, pacientes con antecedentes de traumatismo psicológico grave y pérdidas múltiples o población en alto riesgo por factores adversos (pobreza, hacinamiento, inseguridad alimentaria, entre otros).

5. Atención que incluya formación educativa sobre la primera infancia, servicios de apoyo a la familia, maternidad y/ paternidad, manejo de roles y forma de violencia.

**Parágrafo 1:** La *“Ruta por la Vida a mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer”* será coordinada por la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de la Mujer con apoyo de la Secretaría Distrital de Integración Social y buscará avanzar en la garantía de los derechos de

mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer, en el marco del cumplimiento de los componentes de Política de atención integral en salud, el Modelo de atención integral en salud (MIAS) y la Ruta Integral de atención en Salud para las mujeres gestantes contemplados en la Resolución 2003 del 2014, la Resolución 3202 de 2016, La Circular conjunta 05 de 2012 de la PGN, Ministerio de Salud, Supersalud y el INS; relacionados con: fortalecimiento al parto digno, atención social integral, atención integral e integrada en salud y acompañamiento psicosocial y comunitario.

**Parágrafo 2:** En los casos que se requiera, la Administración Distrital, bajo los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Integración Social, establecerán estrategias de articulación con las manzanas de del cuidado y fundaciones, asociaciones e instituciones públicas y privadas para el acompañamiento adecuado de las mujeres gestantes, lactantes respecto al embarazo, su maternidad y el derecho a la vida del que está por nacer.

**ARTÍCULO 2.** La Administración Distrital establecerá procesos para caracterizar, desde un enfoque diferencial, las condiciones físicas, psicológicas, económicas y sociales de las mujeres, madres y gestantes, así como aquellas mujeres que se encuentren en alto riesgo de recurrir a la IVE y algunas de sus causales.

**ARTÍCULO 3.** La Administración Distrital, a través de las entidades encargadas de implementar la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, establecerá en el modelo distrital, los mecanismos y estrategias intersectoriales de acompañamiento psicosocial y comunitario, con un fuerte énfasis en salud mental y en articulación con la sociedad civil, dirigidos a las mujeres, madres y gestantes caracterizadas en alto riesgo de padecer dificultades materno perinatales o recurrir a la IVE.

**ARTÍCULO 4.** La Secretaría Distrital de Integración Social, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud, la Secretaría de la Mujer y la Secretaria Distrital de Salud, en articulación con los otros sectores de la Administración, dispondrán de un equipo

interdisciplinario especializado que permita garantizar la aplicación y articulación de la ruta en los diferentes puntos de localización de las mujeres madres y gestantes caracterizadas en alto riesgo de padecer dificultades materno perinatales o recurrir a la IVE.

**ARTÍCULO 5.** La Administración Distrital establecerá programas de sensibilización y capacitación a servidoras y servidores públicos de las entidades distritales, en alternativa a la IVE y estrategias de articulación con la sociedad civil para la atención social integral, atención integral e integrada en salud y especialmente, acompañamiento psicosocial y comunitario de mujeres, madres y gestantes, especialmente aquellas caracterizadas en alto riesgo de padecer dificultades materno perinatales o recurrir a la IVE.

**ARTÍCULO 6.** La *“Ruta por la Vida a mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer”* será incluida en todos los sistemas, consejos y espacios de articulación que comprendan temas de atención a mujeres, madres y gestantes.

**ARTÍCULO 7.** La Administración Distrital tendrá un plazo de 6 meses, a partir de la fecha de publicación del presente Acuerdo, para la expedición del Decreto Reglamentario que desarrolle la *“Ruta por la Vida a mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer”*. De la misma forma, las entidades distritales que formen parte de la *“Ruta por la Vida a mujeres gestantes, lactantes y la vida por nacer”*, entregarán anualmente un informe al Concejo de Bogotá donde se observe el avance de la ruta, los programas y las metas que comprenden la garantía y restablecimiento de sus derechos.

**ARTÍCULO 8.-** 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 2024.