



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

AÑO II N°. 3237 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO SEPTIEMBRE 27 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO No. 441 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO CUENTA ACUMULATIVO PARA LA FORMALIZACIÓN Y REACTIVACIÓN LABORAL DEL SECTOR SALUD”.....	11262
PROYECTO DE ACUERDO No. 442 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE INTEGRAN ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR, ASISTIR Y COMBATIR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	11276
PROYECTO DE ACUERDO No. 443 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE TOMAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA VIDA, LA SALUD PLENA, LA DIGNIDAD HUMANA, EL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD, Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”.....	11300
PROYECTO DE ACUERDO No. 444 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECEN BENEFICIOS ECONÓMICOS PARA LAS Y LOS VENDEDORES POPULARES DEUDORES DE MULTAS E INTERESES, DEBIDO A LA CRISIS GENERADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	11323
PROYECTO DE ACUERDO No. 445 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE INTEGRA EL DEPORTE EN LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA, LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DIRIGIDAS A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y LA JUVENTUD EN EL DISTRITO CAPITAL.”.....	11338
PROYECTO DE ACUERDO No. 446 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE OTORGA EXENCIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, Y SU COMPLEMENTARIO EL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS A LOS JARDINES INFANTILES Y COLEGIOS PRIVADOS EN BOGOTÁ D.C.”.....	11377
PROYECTO DE ACUERDO No. 447 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 2 DEL ACUERDO 780 DE 2020 Y SE DICTAN LINEAMIENTOS EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 49 DE LA LEY 2068 DE 2020.”.....	11398
PROYECTO DE ACUERDO No. 448 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”.....	11415

PROYECTO DE ACUERDO No. 441 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO CUENTA ACUMULATIVO PARA LA FORMALIZACIÓN Y REACTIVACIÓN LABORAL DEL SECTOR SALUD” EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN:

Desde comienzos de la década de 1930 se crearon diversas corrientes sociales, académicas y políticas que buscaron la materialización de los derechos laborales de los y las trabajadoras mediante una intervención estatal, esto se logró con la creación del Ministerio de Trabajo (1938), la expedición del Código Laboral (1944), el Código Sustantivo del Trabajo (1951), donde se establecieron los pilares y principios de las relaciones laborales, y por último en la Constitución Política de Colombia (1991) que estableció el carácter social del Estado, la irrenunciabilidad de los derechos laborales, y las características esenciales de los servidores públicos.

A pesar de los grandes logros en las normas por los derechos de los y las trabajadores en el tiempo, la realidad es otra. Esta diferencia entre la normatividad vigente y la realidad social trae consigo múltiples consecuencias negativas para el estado y la comunidad, en efecto, el Estado, siendo quien a su vez expide la normatividad, es el principal infractor de los derechos pues dentro de varias de sus instituciones mantiene un tipo de contratación ilegal con el fin de reducir los gastos operativos a costa del bienestar social de los trabajadores.

Sacrificar los derechos de los y las trabajadores del Estado por reducir el gasto de operación de las entidades va en contra de la esencia del Estado Social de Derecho, de la Constitución Política y es producto de una visión mercantilista donde existe una primacía de las utilidades sobre el respeto de los derechos fundamentales como al trabajo digno y prestaciones sociales. Adicionalmente este actuar irresponsable, proveniente de la Administración, genera una cultura de ilegalidad e informalidad dentro de la sociedad. ¿Si el Estado contrata de forma ilegal y en contravía de la normatividad, cómo puede exigir que los privados lo hagan de otra forma?

Aunque esta práctica es generalizada dentro del aparato institucional se ha arraigado profundamente en el área de la Salud. En las Subredes de Salud del distrito encontramos múltiples contratos de prestación de servicios que regulan relaciones que en realidad son labores y no civiles, esta disparidad entre la norma y la realidad genera situaciones negativas para los trabajadores, la administración, la ciudadanía y la ciudad en general.

Sabemos claramente que este problema debe tratarse de forma gradual pero permanente, por lo cual proponemos la creación de una herramienta necesaria que permita solucionar a través del tiempo, de acuerdo a nuestras competencias y de forma gradual este problema.

2. OBJETIVO:

El presente proyecto de acuerdo busca la creación de un fondo cuenta acumulativo para la formalización y reactivación laboral del personal necesario para el funcionamiento de las Subredes de Salud del Distrito, con el fin de garantizar los derechos fundamentales de los y las trabajadoras de forma permanente.

3. JUSTIFICACIÓN:

3.1 Contexto y situación actual.

Con gran preocupación vemos cómo, en medio de la pandemia por Covid-19, el personal de la salud se encuentra cansado física y mentalmente, así como acorralado por los diferentes dilemas éticos y humanitarios a los que se ha visto enfrentado durante la actual crisis. A la fecha, muchos intensivistas han perdido la vida, muchos trabajadores de la salud han adquirido el virus con sus respectivas secuelas, el grado de estrés se ha incrementado significativamente en todo el talento humano en salud, desencadenado por el incremento en el número de fallecidos día a día en el país y la sobrecarga laboral que crece con el paso del tiempo.

La pandemia ha golpeado al sector salud y la economía en todo el mundo, Colombia no se escapa a estos avatares, 65.081 infectados del sector salud, de los cuales 61.404 se han recuperado y 322 han fallecido por Covid 19¹. Bogotá necesita reactivar los sectores económicos afectados que coincidan con las personas menos favorecidas, obligando a que se tomen medidas empezando por la salud y sus trabajadores, quienes han sido golpeados con cargas laborales y afectaciones psicológicas y mortales con el virus, sin consideración por el sistema de salud. En Bogotá del recurso humano en salud se han afectado 22.789 personas por contagio, que en algunos casos han visto afectada su estabilidad laboral, y 0,5%² han fallecido producto de la infección adquirida en ejercicio de sus funciones, dejando a sus familias sin sustento económico alguno.

Durante la pandemia por COVID 19, las acciones tomadas por el gobierno nacional se encaminaron a mantener y fortalecer los negocios económicos de las EPS, sin generar la destinación necesaria de recursos para atender las demandas de las IPS, quienes debieron hacer frente a la crisis e incluso aumentar su capacidad instalada, con reducidas opciones de ingreso económico, sacrificando el acceso a la salud de la población en general. Además, se hizo aún más evidente e inclusive se profundizó la desigualdad en la prestación de servicios de salud conservando el privilegio existente a un reducido grupo poblacional y dejando excluida a las comunidades históricamente desprotegidas por el sistema de salud colombiano.

¹ <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>

² <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-laboral/covid-19-trabajadores-salud/>

La situación se agrava cuando la población desconoce el alcance de las medidas tomadas para garantizar el goce efectivo al derecho fundamental a la salud, así como en la garantía y respeto de los derechos laborales en el país. Donde en contravía de la Constitución no existen garantías reales para dar cumplimiento adecuado y total a estos. Los y las trabajadores de la salud, todos reconocidos como primera línea de atención no están exentos a esta violación de derechos, aun cuando son los que han venido afrontando directamente el manejo de la crisis en muchas oportunidades sin siquiera contar con los mínimos elementos de bioseguridad, exponiendo su vida y la de sus seres queridos.

Mientras las aseguradoras durante pandemia incrementaron sus ingresos al reducir los egresos usuales de atenciones ordinarias de patologías crónicas, el probable subdiagnóstico y tratamiento de otras patologías que no han cesado en su aparición, entre otros, aun cuando sus ingresos superan los \$74.9 billones al año³, logrando grandes utilidades, lo que hace que en la actualidad se ubiquen en el top 20 de las empresas con mayores ingresos del país⁴.

Es importante destacar que, en la actualidad, según información suministrada por las Subredes de servicios de salud, su esquema de vinculación laboral del talento humano en salud es el siguiente:

RELACION TALENTO HUMANO OPS Y PLANTA		
ENTIDAD	CANTIDAD OPS	PLANTA
SUB RED OCCIDENTE	4.751	1.690
SUB RED SUR	4.213	1.124
SUB RED NORTE	3.992	1.099
SUB RED CENTRO ORIENTE	4.106	1.755

*Elaboración propia

Esta situación presupone la existencia de dos problemas para la administración pública, por una parte, al no contar con condiciones dignas de trabajo se expone a continuas renunciaciones del personal y por lo tanto a una interrupción permanente en la continuidad de la ejecución de los proyectos realizados. Esto sucedió anteriormente y la administración se vio obligada a realizar convocatorias para poder suplir las necesidades de los proyectos⁵.

Por otra parte, la situación de tercerización laboral y contratación por prestación de servicios es una bomba de tiempo que la administración está alimentando, de continuar esta práctica en un futuro cercano no se contará con el dinero suficiente para realizar la formalización y por el

³ <https://www.larepublica.co/especiales/las-1000-empresas-mas-grandes-de-2020/las-empresas-de-salud-mas-grandes-y-que-mas-venden-en-2020-3187944>

⁴ <https://forbes.co/2020/07/30/negocios/las-que-entraron-y-salieron-del-top-20-de-las-1-000-empresas-mas-grandes/>

⁵ <https://bogota.gov.co/servicios/empleo/se-ofrecen-1500-vacantes-para-personal-del-area-de-la-salud>

contrario se enfrentarán a un pasivo monumental por procesos judiciales adelantados en su contra.

El dinero que del erario sale para pagar procesos, es consecuencia de las acciones instauradas por los profesionales de la salud en virtud de despidos realizados sin justificación alguna e inconsistencia entre la realidad y la vinculación jurídica que tenían con la entidad, bajo la figura jurídica de “contrato realidad”. En la legislación colombiana siempre prima la realidad sobre las formas legales, no es posible contratar a un profesional de la salud, ejercer una subordinación sobre él, darle una remuneración y pretender luego encubrir todo eso, bajo la figura de contratación por prestación de servicios con el fin de evitar pagar prestaciones.

Aun cuando las Altas Cortes, entre ellas el Concejo de Estado, en diferentes ocasiones ha reiterado que legalmente es totalmente inviable contratar a alguien por la figura de prestación de servicios cuando existe subordinación, la Administración ha mantenido este tipo de contratación como una “directriz” dentro del sistema de Salud, poniendo en riesgo no solo el patrimonio del Distrito sino también la vida y la estabilidad del personal de la Salud.

Los procesos contra las entidades, tienen afectado el patrimonio institucional por más de doscientos noventa y ocho mil millones de pesos (\$298.000.000.000) moneda corriente, sin contabilizar el incremento por concepto de intereses. Teniendo en cuenta que los procesos judiciales del 2000 al 2016, llevaban en curso más de 16 años, esas sumas desbordan el presupuesto de cada una de las instituciones.⁶

A los costos ya reseñados, se debe tener en cuenta los costos de honorarios cancelados a abogados por cada una de las instituciones a que hacemos referencia, según el informe presentado por cada una de las oficinas jurídicas, cada subred ha cancelado a la fecha por este concepto la suma de cuatro mil seiscientos treinta y un millones cuatrocientos treinta y tres mil setecientos setenta y seis pesos (\$4.631.433.776) moneda corriente⁷.

Igualmente, debemos resaltar que las demandas por concepto nulidad y restablecimiento del derecho, más las ordinarias laborales incoadas por los profesionales de la salud contratados por prestación de servicios en el periodo comprendido entre el 2000 al 2016, la subred Norte, tenía obligaciones por valor treinta y cuatro mil doscientos treinta y un millones ciento treinta y cinco mil setecientos cuarenta y un pesos (\$ 34.231.135.741) moneda corriente, con ciento setenta tres (173) procesos y tan solo en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019, adquiere obligaciones procesales por valor de treinta y cinco mil novecientos ocho millones doscientos noventa y tres mil trescientos cuarenta y seis pesos (\$35.908.293.346) moneda corriente y una carga procesal de setecientos sesenta y tres (763) procesos.

La subred Sur no se queda atrás en las consecuencias del tratamiento dado a los profesionales de la salud, los procesos por concepto nulidad y restablecimiento del derecho, y ordinarios laborales, pasaron de trescientos cincuenta (350) procesos a ochocientos setenta (870) procesos del 01 de

⁶ Informe realizado únicamente de la Subred Norte y la Subred Sur.

⁷ Informe realizado únicamente de la Subred Norte y la Subred Sur.

enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019. Las obligaciones que traía la subred eran del orden de veintiséis mil doscientos treinta y dos millones quinientos cuarenta y cinco mil novecientos cincuenta y ocho pesos (\$ 26.232.545.958) moneda corriente, y las incrementó en tres años a la suma de cuarenta y nueve mil trescientos setenta dos millones noventa y ocho mil trescientos ocho pesos (\$49.372.098.308) moneda corriente.

El incremento en los procesos, es consecuencia de las acciones instauradas por los profesionales de la salud en virtud de despidos realizados sin justificación alguna e inconsistencia entre la realidad y la vinculación jurídica que tenían con la entidad, bajo la figura jurídica de “contrato realidad”.

3.2 Plan Distrital de Desarrollo.

Dentro del debate del plan Distrital de Desarrollo presentamos una proposición aditiva en conjunto con el Concejal Diego Cancino, en esta incorporamos al acuerdo un artículo que busca soluciones tangibles a la problemática ya expuesta, el artículo fue aprobado por el Concejo de Bogotá y es el siguiente:

“ Artículo 63. Trabajo justo en la salud. Para efectos de la ejecución eficiente y la estabilidad laboral de los trabajadores de la salud del Distrito que realizan actividades misionales en las entidades públicas de prestación de servicios de salud, se diseñará e implementará una estrategia de formalización, dignificación y acceso público y/o meritocrático del empleo, que incluya:

- 1. Asignar progresivamente las plantas creadas vigentes que se encuentren vacantes de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y para la provisión de los cargos en provisionalidad se realizarán mecanismos meritocráticos con pruebas internas que prioricen a los contratistas actuales.*
- 2. Realizar vínculos contractuales que comprometan un período no menor a dos (2) vigencias futuras anuales, en los casos donde el análisis de la necesidad de duración del servicio que se requiera.*

Paragrafo1. Las entidades públicas de servicios en salud del Distrito Capital deberán planear el presupuesto para consolidar la contratación haciendo uso de vigencias futuras anuales, para lo cual realizarán las gestiones necesarias ante las instancias correspondientes.

Parágrafo2. Se realizará además un estudio de cargas laboral para determinar el estado actual de la planta de personal, que incluya los costos y las rutas de la formalización laboral del personal misional de salud dentro de las entidades públicas del sector y su implementación progresiva de acuerdo con la disponibilidad presupuestal anual.”

3.3 Estrategias y acciones afirmativas.

Con el fin de realizar el rescate social del personal de la salud consideramos necesaria la creación de un fondo cuenta acumulativo. Los fondos cuenta están definidos como un instrumento de carácter presupuestal y contable para la administración de recursos que tienen destinación específica.

Por otra parte, frente a la naturaleza del fondo es importante indicar que este debe ser de carácter acumulativo, teniendo en cuenta que permite una mayor planeación en el tiempo, y la protección de los recursos en diferentes vigencias, aun con cambios de Administración, en cumplimiento de lo establecido en el Plan Distrital de Desarrollo, especialmente en un tema tan relevante como es la formalización de los trabajadores del sector salud.

En efecto al tratarse de un fondo acumulativo, al momento de realizar el giro por parte de la entidad al fondo los montos se entienden ejecutados, permitiendo que los dineros allí consignados aun cuando no se ejecutaron dentro de la vigencia, se mantengan dentro del fondo y por lo tanto se “acumulen” con los de la siguiente vigencia.

4. MARCO JURÍDICO:

4.1 De Orden Constitucional:

Determinan las normas constitucionales, que obligan al Estado, que se debe asegurar el trabajo dentro de un marco jurídico de contenido económico y social, que obliga a verificar que el mismo sea justo, que permita tener una vida digna, por lo que exige su promoción y protección como derecho fundamental autónomo:

“ARTICULO 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.”

Para estos logros obliga que las autoridades lo promuevan en forma igualitaria para todos, labor que debe ser real y efectiva, sin discriminación ni marginamiento, solo limitado por el respeto del ordenamiento jurídico. Impone como obligación velar que el trabajo conlleve el respeto y la dignidad de la persona que lo ejecuta, por nacer de su libre elección, limitado por las leyes que gobiernen la actividad que ejecute.

La estructura constitucional ampara los principios reseñados y los aterriza en su Artículo 53, al indicar que corresponde al congreso velar por la igualdad de oportunidades, tener derecho a una remuneración que satisfaga el mínimo vital, con beneficios mínimos consagrados por disposiciones legales de forzoso cumplimiento para el Estado, garantizando en todo momento los derechos de los trabajadores. Este Artículo en materia de Salud se ve desarrollado por la Ley Estatutaria en salud, Ley 1751 de 2015 que establece:

“ARTÍCULO 18. *Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.”*

Por su parte acerca de la atención en salud, establece que es un servicio público a cargo del Estado y que cuenta con el deber de dirigirlo y reglamentarlo:

“ARTICULO 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 de su comunidad.”

En cuanto a la facultad constitucional para crear fondos territoriales en el Distrito Capital esta corresponde exclusivamente al Concejo de Bogotá según el numeral 5 del Artículo 313:

“Artículo 313. *Corresponde a los concejos: (...)*

5. Dictar las normas orgánicas del presupuesto y expedir anualmente el presupuesto de rentas y gastos.”

4.2 De Orden Legal y Distrital:

En cuanto a la facultad constitucional para crear fondos territoriales en el Distrito Capital esta corresponde exclusivamente al Concejo de Bogotá según el Artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

“ARTICULO 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley:*

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

Dictar las normas orgánicas del presupuesto y expedir anualmente el presupuesto de rentas y gastos.”

Así las cosas, queda claro que la facultad para crear un fondo cuenta en el Distrito Capital es del Concejo de Bogotá. En cuanto a la viabilidad de utilizar el fondo como ingreso para las Empresas Sociales del estado encontramos la siguiente normatividad:

“DECRETO 111 DE 1996. ARTÍCULO 11. *El presupuesto general de la Nación se compone de las siguientes partes:*

a) El presupuesto de rentas contendrá la estimación de los ingresos corrientes de la Nación; de las contribuciones parafiscales cuando sean administradas por un órgano que haga parte del presupuesto, de los fondos especiales, los recursos de capital y los ingresos de los establecimientos públicos del orden nacional; (...)

ARTÍCULO 30. *Constituyen fondos especiales en el orden nacional, los ingresos definidos en la ley para la prestación de un servicio público específico, así como los pertenecientes a fondos sin personería jurídica creados por el legislador.”*

De otro lado tenemos que el Acuerdo 614 de 2016 se reorganizó el sector salud y se fusionaron las 22 Empresas Sociales del Estado en las 4 Empresas Sociales del Estado denominadas Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE. Este mismo acuerdo en su Artículo 6º., señala que “Las fusiones a las que se refiere el presente Acuerdo, se harán con plena garantía de los derechos laborales adquiridos, tanto individuales como colectivos, de trabajadores oficiales y empleados de carrera administrativa, igualmente se respetarán integralmente todas las convenciones colectivas de trabajo y acuerdos laborales vigentes.”

Mediante Acuerdo 17 de 1997 el Distrito transformó a los establecimientos públicos Distritales de Servicios de Salud en Empresa Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, y estableció que los ingresos eran los siguientes:

“Artículo 8º.- Ingresos. *Conforman los ingresos de la Empresa Social del Estado:*

a Las transferencias que reciban del Distrito Capital y de la Nación.

b Los aportes que actualmente recibe el Establecimiento Público prestador de servicios de salud y los que en un futuro se asignen a la Empresa Social del Estado, provenientes de los presupuestos General de la Nación, Departamental, Distrital y de la localidad.

f. Los aportes provenientes de los fondos asignados por las Juntas Administradoras Locales, si los hubiere y de entidades que financien programas de seguridad social en salud, en los términos en que lo definan los reglamentos presupuestales y fiscales a ellos aplicables.

i. Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales.

k. Los provenientes de programas de cofinanciación.

m. Otros ingresos con destinación a la financiación de sus programas, recibidos a cualquier título.

p. Todos los demás bienes y recursos que a cualquier título adquiera la Empresa Social del Estado y los que por disposición expresa de la Ley le correspondan.”

Respecto a las competencias del Sector Salud para la administración del Fondo Cuenta encontramos dentro de la Ley 715 de 2001 las siguientes funciones:

“Artículo 43. *Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones: (...)*

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo. (...)

43.2.9. Garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuada en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno nacional. Los subsidios a la oferta se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y con los recursos propios de la entidad territorial. (...)

Artículo 44. *Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito*

de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones: (...)

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.”

De igual forma los acuerdos distritales expedidos por esta corporación el Acuerdo 257 De 2006, modificado por los Acuerdos Distritales 637 de 2016, 638 de 2016 y 641 de 2016, el último le asigna las siguientes funciones a la Secretaría de Salud:

“Artículo 33. Además de las atribuciones generales establecidas en el Acuerdo 257 de 2006 para las secretarías, la Secretaría Distrital de Salud tiene las siguientes funciones:

C. Administrar, controlar y supervisar los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud y cualquier otro tipo de recursos que se generen con ocasión del cumplimiento de su naturaleza, objeto y funciones, garantizando siempre su correcta utilización, dentro del marco de la ley.

D. Gestionar y prestar los servicios de salud prioritariamente a través de su red adscrita, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada que resida en su jurisdicción, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.”

A su vez ley 909 de 2004, de aplicación para los empleados públicos⁸ del orden distrital, nos enseña en sus principios que, la administración debe respetar las calidades personales y la capacidad profesional, debiendo profesionalización del recurso humano para aumentar los niveles de eficacia.

En nuestro control político hemos encontrado que las subredes integradas de servicios de salud tienen muchos trabajadores a través de ordenes de prestación de servicios, reglados por el Decreto 1083 de 2015, sin el cumplimiento de las reglas establecidas por la precitada norma que señala. Adicionalmente el sector público debe tener en cuenta las calidades del personal y las capacidades profesionales, los cuales deben profesionalizarse para aumentar los niveles de eficacia, encontrando que de conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1 la norma tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las **Empresas Sociales del Estado** de las entidades territoriales y entidades descentralizadas, sea igual o superior al noventa por ciento (90%) del capital social, sin que cumpla con los procedimientos establecidos por la norma.

⁸ El Constituyente Primario utilizó de forma general el concepto de «servidor público» para comprender a todas las personas naturales que tienen una relación laboral con el Estado, y trabajan a su servicio para efectos de asegurar el cumplimiento de sus fines constitucionales. para referirse a ellos en forma genérica la Carta también emplea la expresión «funcionarios». Radicación número: 11001-03-25-000-2014-01511-00(4912-14) Consejo de Estado

Las normas citadas confluyen a ordenar que los trabajadores de la salud se vinculen a través de contrato laborales, y se pretende en este momento se constituya el fondo cuenta acumulativo para la formalización y reactivación laboral del sector salud.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D. C.

En atención a lo dispuesto en el Decreto Ley 1421 de 1993 “Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”, especialmente en los artículos 8, 12, y 13 el Concejo de Bogotá es Competente para tramitar este Proyecto de Acuerdo ya que los contenidos del mismo no versan sobre los aspectos enunciados en los ordinales 2°, 3°, 4°, 5°, 8°, 9°, 14, 16, 17, y 21, del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993 la presentación de esta iniciativa no se encuentra restringida al Ejecutivo.

- **Decreto Ley 1421 de 1993, Artículo 8.** Funciones generales. El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumplen las autoridades distritales.
- **Decreto Ley 1421 de 1993, Artículo 12. – Atribuciones.** Corresponde al concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:
 1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito. (...)
 25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones Vigentes.
- **Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 13- Iniciativa:** los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los concejales y el alcalde mayor por conducto de sus secretarios, jefes de departamento administrativo o representantes legales de las entidades descentralizadas. El personero el contador y las juntas administradoras los pueden presentar en materias relacionadas con sus atribuciones. De conformidad con la respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario.

Solo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos a que se refieren los ordinales 2°, 3°, 4°, 5°, 8°, 9°, 14, 16, 17, y 21 del artículo anterior. Igualmente, sólo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos que decreten inversiones, ordenen servicios a cargo del Distrito, autoricen enajenar sus bienes y dispongan excepciones tributarias o cedan sus rentas. El Concejo podrá introducir modificaciones a los proyectos presentados por el alcalde”.

6. IMPACTO FISCAL

De acuerdo con la Ley 819 de 1993 en su 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”.

El presente proyecto de acuerdo no presenta un impacto fiscal, por tanto, ponemos a consideración del Honorable Concejo de Bogotá D.C., la presente iniciativa.

Cordialmente,

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA

Concejal de Bogotá 2020-2023

Partido Alianza Verde

7. ARTICULADO

PROYECTO DE ACUERDO No. 441 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO CUENTA ACUMULATIVO PARA LA FORMALIZACIÓN Y REACTIVACIÓN LABORAL DEL SECTOR SALUD”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C. En uso de sus atribuciones constitucionales y Legales, especialmente las contenidas en los numerales 1 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993;

ACUERDA.

Artículo 1. Creación. Créase el Fondo cuenta acumulativo para la formalización y reactivación laboral del sector salud, este fondo, es una cuenta especial, sin personería jurídica, administrada por la Secretaría de Salud y Vigilado por el Comité Evaluador y las entidades encargadas por la ley.

El fondo es conformado por los recursos destinados en el presupuesto anual de cada una de las subredes para la planta ocupada; y, podrá recibir recursos de libre destinación, donaciones, convenios, regalías, transferencias del fondo financiero distrital de salud y todas aquellos que la normatividad vigente permita.

Artículo 2. Objetivos del Fondo. Este fondo cuenta acumulativo tiene como fin, utilizar los recursos destinados a él, para el fortalecimiento de la planta de personal necesaria para la operación de las Subredes Distritales de salud y todas aquellas acciones tendientes a la formalización del trabajo en el sector Salud Distrital.

Artículo 3. Comité Evaluador. Créase el Comité evaluador para la formalización de la salud, el cual tendrá como principal función la supervisión de las nóminas que cada subred distrital de salud contrate con los recursos con cargo al fondo cuenta acumulativo para la formalización y reactivación laboral del sector salud. Éste está integrado por:

- Un representante de la Alcaldía.
- Un delegado de la Contraloría Distrital de Bogotá.
- Un delegado de la Personería Distrital de Bogotá.
- El representante de los trabajadores de cada una de las 4 subredes Distritales de Salud.
- Los gerentes de cada una de las subredes o sus delegados.

El comité evaluador verificará que el personal a vincular con cargo a este fondo cuenta acumulativo en el momento de su postulación, cumpla con los requisitos según el cargo y que se haya priorizado la contratación por meritocracia, antigüedad en vinculación en la subred y a aquellas personas que hayan sido contratistas o hayan tenido relación laboral con alguna de las subredes.

Artículo 4. Dirección Administrativa y Ordenación del Gasto. La Dirección Financiera de la Secretaría Distrital de Salud, es la entidad encargada de administrar el fondo cuenta acumulativo. Sus funciones son:

- a. Realizar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales, de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias.
- b. Suscribir los convenios con las subredes distritales de salud para fortalecer, reactivar la planta de personal necesaria para la operación de las Subredes Distritales.
- c. Ejecutar los recursos según los convenios establecidos.

Artículo 5. Ejecución. Los recursos recaudados y asignados, son de destinación específica, para el fortalecimiento de la planta de personal necesaria para la operación de las Subredes Distritales de salud y todas aquellas acciones tendientes a la formalización del trabajo en el sector Salud Distrital.

Parágrafo transitorio. La Administración distrital tendrá un plazo de hasta 3 meses a partir de la sanción del presente acuerdo, para la operativización y puesta en funcionamiento del Fondo.

Artículo 6. Vigencias. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO No. 442 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE INTEGRAN ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR, ASISTIR Y COMBATIR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. INTRODUCCION

La humanidad en su lucha por la vida y en contra de las distintas enfermedades, ha avanzado hasta cierto punto que es posible erradicar muchas de ellas, basados en esta realidad y con evidencia científica estamos seguros de que hoy en día es posible ganar la lucha contra el cáncer de cuello uterino. Con voluntad política y esfuerzos conjuntos podremos hacer que esta enfermedad no cobre la vida de una mujer más.

Esto es justamente así por las características de la enfermedad, es una enfermedad totalmente prevenible, y en caso de haberse adquirido también es curable siempre y cuando sea detectada en una fase temprana y se trate adecuadamente. La prevención y el tratamiento precoz es totalmente costo-eficiente para el sistema por lo cual la inversión en esto es totalmente razonable.

El cáncer de cuello uterino también permite ver las grandes desigualdades sociales. Esta enfermedad es inversamente proporcional a los ingresos de la población, así los países de medianos y bajos ingresos tienen una tasa de mortalidad casi del triple que los países del primer mundo. Dicha circunstancia es un patrón que se repite a escala en cualquier territorio.

En la actualidad, el Cáncer de Cuello Uterino afecta a casi 25 Millones de personas en todo el mundo, en Colombia la incidencia anual de cáncer de cuello uterino afecta a cerca de 3.800 mujeres con una tasa de 15.3 afectadas por 100.000 habitantes. dentro de los diferentes tipos de cáncer, este constituye la segunda causa de muerte en mujeres, especialmente las que se encuentran en edad fértil.⁹

Uno de los principales factores de riesgo relacionados con este tipo de cáncer es el Virus del Papiloma Humano VPH, constituido por más de 15 genotipos virales de alto riesgo, el cual se caracteriza por infectar células epiteliales de la piel y los tejidos internos, y contra el cual ya existe una vacuna que permite la inmunización contra los genotipos 16 y 18.

Para lograr nuestro objetivo es necesario no solo precisar metas sino también estar abiertos a la innovación, al uso de nuevas estrategias y a la retroalimentación permanente como lo planteamos en el presente proyecto.

2. OBJETIVO

⁹ Portal SISPRO- Observatorio Nacional de Cáncer.
https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/info_general_cuellouterino.aspx

El presente Proyecto de Acuerdo, en concordancia con la normatividad existente, dicta las medidas necesarias para la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino a través de diferentes acciones repartidas en 4 ejes: Prevención, Educación, Promoción, y Asistencia en el Distrito Capital.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 Contexto, y situación actual.

El cáncer de cuello uterino, se desarrolla en el cuello del útero especialmente en su porción más inferior, generalmente esta producido por el virus del papiloma humano (VPH), el cual es una enfermedad de transmisión sexual.

Los síntomas pueden ser inespecíficos, pueden involucrar un sangrado vaginal irregular y dolor, generalmente después del coito, o no presentar síntomas en las primeras etapas del cáncer. Desde haber adquirido la infección por el VPH, hasta desarrollar un cáncer de cuello uterino pueden pasar entre 10 o 20 años.

El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer genital más frecuente y el segundo con mayor mortalidad entre todas las mujeres y el más frecuente entre las mujeres jóvenes.

Una vez contraído el virus de papiloma humano, este se puede eliminar a los 18 meses. Sin embargo, en un pequeño grupo de mujeres este puede persistir por 15 a 20 años cuando se pueden encontrar transformaciones malignas. Esta ventana es el tiempo que tenemos para diagnosticar, y realizar un tratamiento temprano.¹⁰

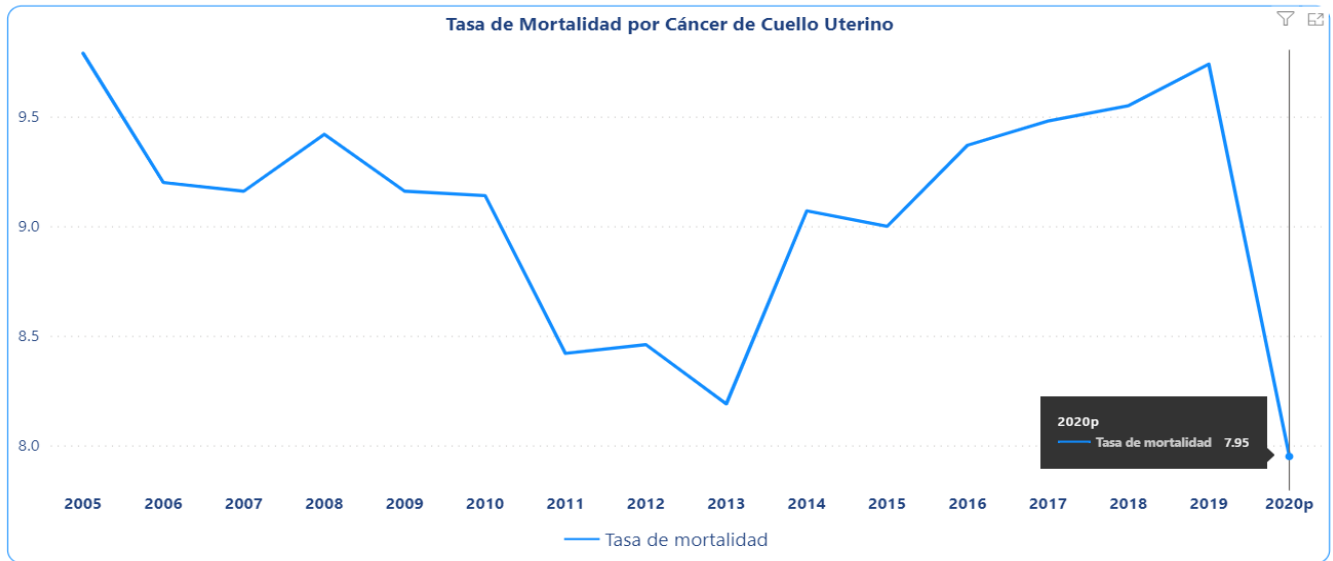
En 2020, fueron diagnosticadas 19,2 millones de personas y aproximadamente 9,95 millones fallecieron por causa de algún tipo de cáncer, 3,1% de los casos diagnosticados fueron cáncer cervical, mientras que la mortalidad por esta causa se elevó a 3,6%. Las regiones más afectadas son África, Melanesia, Micronesia, Asia Suroriental y América del Sur.¹¹

Seguimos siendo testigos de cómo mujeres de entre 40 y 50 años por desconocimiento y falta de acceso a la vacuna y a las tecnologías existentes para la prevención y de detección temprana, hoy llegan demasiado tarde, son diagnosticadas con cáncer avanzado, imposible de detener o ser tratado, y terminan falleciendo.

Colombia ha sido intermitente en esta lucha, durante los últimos años ha bajado, subido y vuelto a bajar la tasa de mortalidad por esta enfermedad hasta que en el 2020 se registró una tasa del 7,95, como se puede observar en la siguiente gráfica:

¹⁰ [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

¹¹ <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>



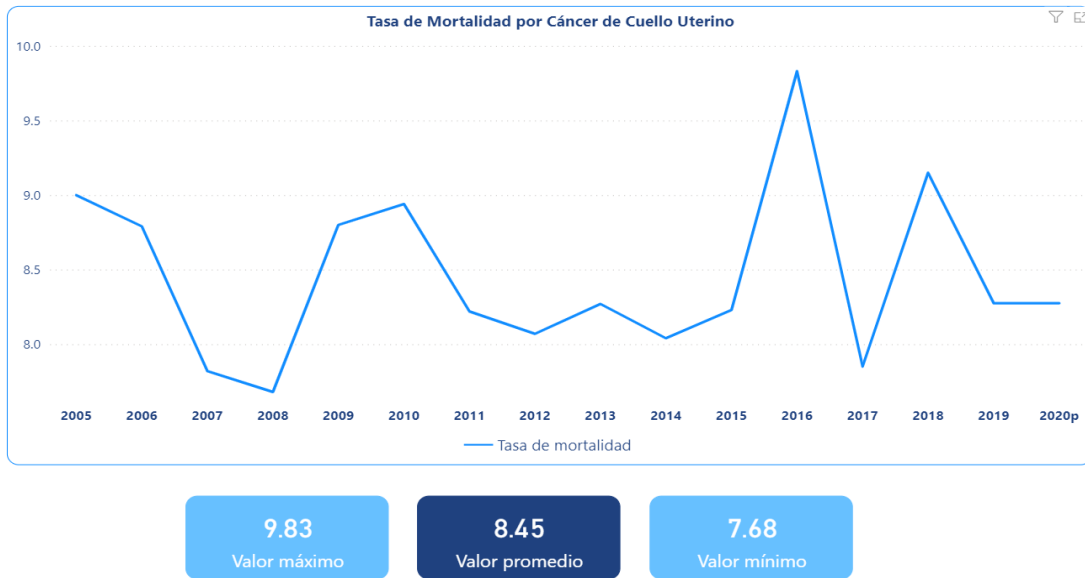
9.79 Valor máximo	9.07 Valor promedio	7.95 Valor mínimo
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes¹²

Esta fluctuación tan grande implica la necesidad de seguir sumando esfuerzos en la lucha contra el cáncer cervical. Estos esfuerzos no solo los debe seguir haciendo la nación, Bogotá D.C. como capital de Colombia en muchas ocasiones es pionera en programas, metas, estrategias y políticas públicas, lo que ha llevado a que la ciudad se convierta en un referente para muchas regiones del país.

En Bogotá la situación es similar a la nacional, la tasa fluctúa año tras año, teniendo la tasa mas baja en el 2008 y estabilizándose en el 2020 con un valor promedio de 8.45. como se puede evidenciar en el siguiente cuadro:

¹² <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>

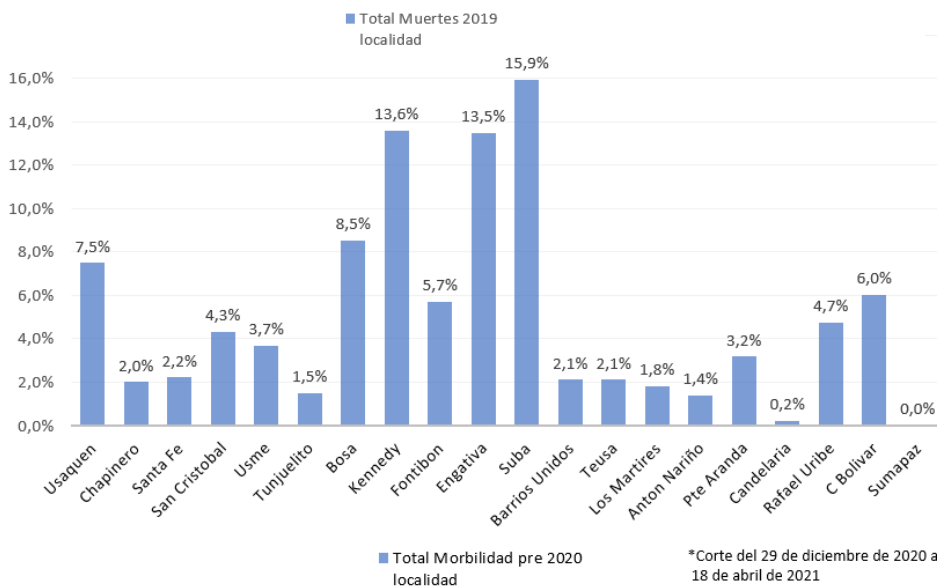
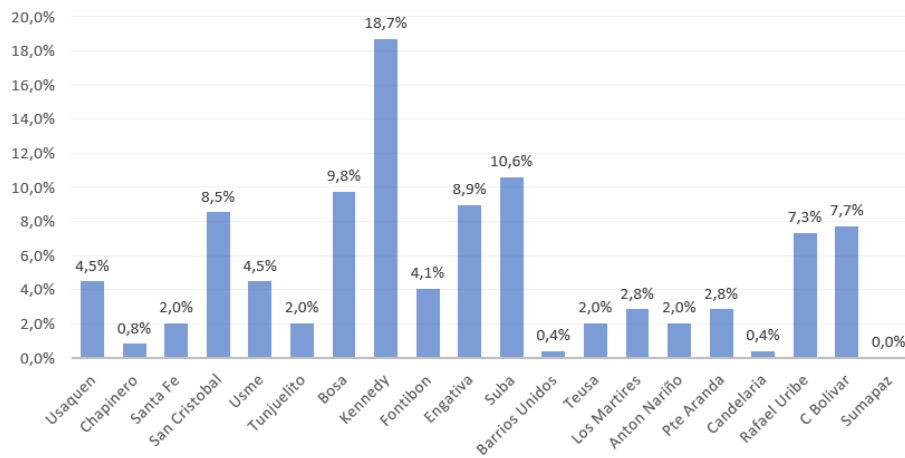


*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes¹³

Por otro lado, como se indicó anteriormente esta enfermedad va ligada estrechamente a las condiciones socioeconómicas de la población, en lugares con mayores ingresos hay una tasa de morbilidad y mortalidad menor, y en contraposición en lugares con menores ingresos, sin importar el lugar del mundo de donde se tomen las estadísticas, las tasas son mayores. Por supuesto Bogotá no es la excepción, veamos:

¹³ <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>

Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino por Localidad 2019



*Corte del 29 de diciembre de 2020 al 18 de abril de 2021

Como se observa los lugares más segregados son los que cuentan con una mayor tasa de mortalidad y de morbilidad, por lo cual no solo es un tema de salud pública sino también un tema de desigualdad estructural donde las muertas son aquellas que menos oportunidades tienen, y por lo tanto es obligación del estado tomar acciones afirmativas para conjurar esta situación.

3.2 Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Nacional de Desarrollo y Plan Distrital de Desarrollo.

- **Objetivos de Desarrollo Sostenible.**

La agenda mundial para el desarrollo sostenible tiene como finalidad el bienestar social, este esfuerzo incluye la salud como derecho humano y la prevención y tratamiento prematuro del cáncer de cuello uterino como uno de los objetivos de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente¹⁴. Los ODS que se pretenden cumplir con el presente proyecto de acuerdo en Bogotá son:

“Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

(...)

Meta 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.

(...)

Meta 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.

(...)

Objetivo 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

(...)

Objetivo 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.”

En concordancia en agosto de 2020, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la estrategia mundial para eliminar el cáncer de cuello uterino, todos los países deben alcanzar (y mantener) una incidencia inferior a 4 casos por cada 100 000 mujeres/año. Lograr este objetivo requiere una acción estratégica con vistas a un mundo en el que el cáncer cervicouterino sea eliminado como problema de salud pública, manteniendo la agenda de los ODS. La estrategia mundial de la OMS para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública establece objetivos y metas para el periodo de 2020 a 2030.

Se centra en tres pilares principales:

1. La prevención a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano;
2. La detección y el tratamiento de lesiones precancerosas; y
3. El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo, incluido el acceso a cuidados paliativos.¹⁵
 - **Plan Nacional de Desarrollo.**

El Plan Nacional de Desarrollo entendido como el documento base por el cual el Gobierno Nacional provee los lineamientos estratégicos de su gestión, tiene estipulado implementar intervenciones en

¹⁴ https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

¹⁵ <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-acelerar-eliminacion-cancer-cuello-uterino-como-problema-mundial>

salud pública, para la transformación de la vida con deberes y derechos, frente al proyecto de acuerdo desarrollado en este documento es importante mencionar, que se espera que:

“MinSalud, con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología, establecerá los objetivos del control del cáncer, específicamente en el control del riesgo, detección temprana, tratamiento integral, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y desarrollo del talento humano en oncología. Se tendrá como instrumento esencial la política pública y el plan decenal en cáncer, el cual será revisado y actualizado.”

Para esto el Gobierno Nacional se trazó una meta frente al cáncer de cuello Uterino la cual está plasmada de la siguiente manera:

Sector	Indicador	Línea Base	Meta	ODS Asociado	ODS Asociado Secundario
Salud y Protección Social	Porcentaje de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ identificados (NIC alto grado)	41,4%	60%	Salud y Bienestar	Igualdad de Género Reducción de las desigualdades

- **Plan Distrital de Desarrollo.**

El Plan Distrital de Desarrollo también contempla en su propósito 2 disminuir las afectaciones a la salud, especialmente en las poblaciones expuestas al riesgo para esto se tienen como meta asegurar al 95% de la población al sistema de seguridad social, esto aunado al programa 7 denominado “Mejora de la gestión de las instituciones de Salud” con lo que se busca, llevar la salud, a la residencia, barrio y entorno lo cual para fines de este proyecto apoya la posibilidad de que la promoción y los tamizajes se den en otros espacios diferentes como cafeterías y peluquerías que son diferentes a los ya acostumbrados a realizar en las anteriores administraciones, esto de la mano de *“equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.”*¹⁶

¹⁶ Plan Distrital de Desarrollo, Un Nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI Programa 7

<https://bogota.gov.co/sites/default/files/acuerdo-761-de-2020-pdd.pdf>

Por ser una enfermedad prevenible, que se agrava por la situación socioeconómica, es que una vez analizado la situación actual en conjunto con la normatividad vigente hemos desarrollado un conjunto de estrategias que permitan complementar lo existente y logre ganar la lucha contra el cáncer de cuello uterino.

3.3 Estrategias y acciones afirmativas.

- **Prevención.**

La prevención implica todo lo referente a la vacunación y tamización del VPH de la población bogotana, el primero con el fin de evitar el contagio y el segundo con el fin de evitar o tratar a tiempo el cáncer de cuello uterino.

La prevención del cáncer de cuello uterino debe empezar a los 9 años, antes de que las niñas estén expuestas al VPH, como una prevención primaria, la OMS recomienda la vacunación contra el VPH entre los 9 y los 14 años.

La vacunación en Colombia inicio hasta el año 2012 cuando se introdujo al esquema nacional de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), este esquema completo, contemplo la aplicación de 3 dosis de vacuna a las niñas entre 4º grado de básica primaria y grado 11º y a la población no escolarizada entre 9 y 17 años, asimismo, la vacuna contra el VPH hace parte de las acciones de prevención primarias incluidas en el plan obligatorio de salud – POS. De igual forma lo contemplo la Resolución 3280 de 2018 en la cual estableció que la vacunación debía realizarse en niñas a partir de los nueve años y hasta los 17 años.

Pese a la gratuidad de la vacuna, la promoción y divulgación de las vacunas, muchas veces no es suficiente y no es inclusiva en los estratos bajos ya que las niñas y mujeres de escasos recursos en varias ocasiones no están cubiertas por el sistema de salud o no tienen tiempo o dinero para movilizarse hasta los centros asistenciales para recibir las vacunas. A esto se le suma el reto especial que impuso la pandemia causada por la COVID-19 en donde pudo haber ocurrido una disminución en la vacunación por cuanto colegios, y centros hospitalarios estuvieron cerrados y debido a la cuarentena no se realizaron jornadas.

Dentro de la normatividad vigente el Acuerdo 461 de 2011 establece que el Distrito Capital “deberá garantizar la vacuna contra el VPH de manera gratuita a la población que la Secretaría Distrital de Salud considere conveniente”, al respecto esta normatividad es anterior a la introducción de esta vacuna al esquema de vacunación y por lo tanto consideramos que debe ser derogada por una normatividad que garantice la vacuna para toda la población, tanto en disponibilidad como en promoción y en lo necesario para su aplicación.

Es preciso que el Distrito se implemente un meta en la lucha contra esta enfermedad por lo cual mediante diversas estrategias creemos conveniente que se superen las recomendaciones dadas por la OMS para países atrasados y para el 2030 se logre como mínimo vacunar al 95% de las niñas menores de 15 años.

Por otra parte, la prevención incluye un factor de gran relevancia y es la realización de testeo masivo, en efecto con el COVID-19 se pudo evidenciar la eficacia de la toma de muestras masivas

para la detección del virus, para el COVID el testeo es aún más difícil porque debe realizarse a todas las personas y un periodo de tiempo corto, es decir, una persona que haya dado negativo, y al día siguiente este en contacto con alguien contagiado debe volver realizarse la prueba lo que supone una gran carga económica para el sistema.

Por el contrario, realizar la prueba del VPH es mucho más eficiente, más lucrativo, y más sencillo para el sistema. Es preciso señalar que la manera de detectar este tipo de cáncer en etapa temprana es con la realización de las pruebas de detección regular mediante citología o mediante pruebas PCR.

La realización de pruebas de tamización es a una población objetivo clara, mujeres entre 25 y 65 años, según la resolución 3280 de 2018 las pruebas según el rango de edad son:

1. Citología: Se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad cada 3 años ante resultados negativos.
2. Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: Son pruebas PCR que detectan el ADN de los VPH de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años, cada 5 años ante resultados negativos.

Estas pruebas de ADN fueron un avance gigante en la lucha contra esta enfermedad toda vez que disminuyó las barreras de acceso para el tamizaje y permite que los resultados sean más expeditos. En efecto el tamizaje por este medio significa hacer un estudio por laboratorio para determinar si hay un riesgo por alguna enfermedad, en el caso del VPH es una prueba PCR, con la cual se detecta de manera temprana el virus y lesiones preneoplásicas y neoplásicas del Cuello Uterino. Como se ve la periodicidad es bastante amplia resultando en una carga ligera para el sistema de salud.

A pesar de la facilidad de esta prueba existe una barrera imaginaria debido a que no es promocionada de forma adecuada, especialmente porque se cree que únicamente puede ser tomada por un ginecólogo, esto genera una inmensa fila de espera por conseguir una cita para la citología. La solución se encuentra en la aplicación de la resolución 3280 de 2018, según la cual la prueba puede ser tomada por un médico general, un profesional en enfermería, un profesional en bacteriología, un tecnólogo en cito-histología o un tecnólogo en Histocitotecnología, es decir que las mujeres pueden realizarse este examen con diversos profesionales de la salud sin necesidad de generar una citología.

El distrito debe entonces establecer estrategias innovadoras para promocionar la prueba de VPH y para que las mujeres las puedan realizar la prueba de forma fácil y eficiente. Así como articular de manera eficiente con las EPS e IPS privadas con el fin de que se implemente un tamizaje periódico dentro de los exámenes de rutina que se dan en consulta externa a la población objetivo.

Dentro de la normatividad vigente el Acuerdo 461 de 2011 establece que “la Secretaría Distrital de Salud, deberá iniciar la implementación de estudios de evaluación de tamización primaria con

prueba de detección viral”, al respecto esta normatividad es anterior a la resolución 3280 de 2018 donde se establece como obligatoria la prueba de ADN del VPH para mujeres entre 30 y 65 años de edad y por lo tanto consideramos que debe ser derogada por una normatividad que establezca la aplicación de la RIAS.

Por su parte, el Acuerdo 593 de 2015 en su artículo primero establece que “la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con los demás sectores de la administración y del sistema de salud y de seguridad social, **adoptarán las medidas necesarias para la oportuna y eficiente promoción y prevención, que garantice el tamizaje, el diagnóstico, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer de cuello uterino, del cáncer de mama al 100% de las mujeres**”. Consideramos que este artículo es totalmente aplicable y válido, y creemos que es susceptible de mejora en la aplicación de la resolución 3280 de 2018 y estipulando las metas del OMS.

- **Educación**

La educación es una herramienta de vital importancia en la lucha contra esta enfermedad, esta debe de ser de dos aristas, por un lado, se debe realizar una capacitación técnica a todo el personal de la salud sobre la ruta establecida en la resolución 3280 de 2018, y sobre la importancia de realizar dentro de los exámenes de rutina la prueba del VPH, y por otra parte se debe realizar una formación a mujeres y niñas acerca de los beneficios de la vacunación, la detección y el tratamiento, con el fin de superar los estigmas creados alrededor de la vacuna y de la toma de la muestra.

Dentro de la normatividad vigente el Acuerdo 461 de 2011 establece que la “Secretaría Distrital de Salud coordinará con la Secretaría de Educación Distrital, la realización de las actividades de capacitación y sensibilización a los profesores y padres de familia de las Instituciones Educativas Distritales –IED” lo cual nos parece totalmente adecuado y oportuno, por lo cual únicamente planteamos un informe periódico de los avances en la materia por parte de la administración.

- **Promoción.**

Para lograr una promoción efectiva es necesario establecer estrategias innovadoras y creativas que impacten en la comunidad y en el comportamiento de la sociedad, para ello es necesario realizar acciones desde una amplia gama de sectores, desde el sector público, hasta el sector privado.

Utilizar una estrategia eficaz de promoción y comunicación evita numerosas barreras que dificultan el acceso y el uso de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, siempre y cuando se realice de una forma que contemple las características culturales de la población objetivo, es por tal motivo que dentro de las estrategias proponemos la implementación de la promoción en los empaques de los productos de higiene personal femenina.

Por otra parte, es indispensable que las plataformas web y las redes sociales de la Secretaría de Salud brinden información clara y accesible sobre la vacunación y el tamizaje, donde se informe al público, los puntos y horarios de vacunación y los puntos y horarios de la toma de muestras de VPH.

Respecto a la normatividad vigente el acuerdo 593 de 2015 en su artículo cuarto contempla que “Las entidades distritales que hagan parte de los programas y proyectos relacionados con el presente Acuerdo, deberán publicar en la página web, de forma clara, concreta, permanente y de fácil acceso, la información correspondiente a las acciones que adelanta el Distrito y de los hospitales de la red pública distrital que presten servicios especializados de oncología”, esta información es muy útil sin embargo vuelve al paradigma de que únicamente los especialistas pueden realizar la toma de la prueba, por lo cual consideramos que la información que debe estar al alcance de todos es la mencionada anteriormente.

- **Atención.**

Una vez pasada la etapa de prevención y diagnóstico es de vital importancia que el Distrito cuente con la infraestructura y disposición necesaria para atender al 100% de la población enferma, ya sea con miras a buscar su recuperación o con miras a brindar los cuidados paliativos necesarios.

Al respecto consideramos que tanto el Acuerdo 520 de 2013 en materia de seguimiento y control, como el Acuerdo 593 de 2015 en imposición de cargas a la administración cumple con las necesidades gubernamentales para solucionar esta problemática por lo cual únicamente estableceremos la obligación de generar un reporte de los avances en la materia.

4. MARCO JURÍDICO.

Consideramos que el presente proyecto de acuerdo se sustenta en las siguientes normas:

4.1 De orden constitucional.

La Corte Constitucional ha señalado que el preámbulo de la carta fundamental es vinculante y que las instituciones deben implementar para gobernar y desarrollar los principios ella consagra en bienestar de la comunidad, por cuya razón el proyecto se realiza con el fin de “**asegurar a sus integrantes la vida**, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz dentro de un marco jurídico, democrático y participativo **que garantice un orden político, económico y social justo...**”

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; (...) Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida...”.

Artículo 11.

“El derecho a la vida es inviolable.”

Artículo 13.

“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 48.

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.”

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.”

4.2 De orden legal:

- **LEY 100 DE 1993.** Reglamentaria de la Seguridad Social Integral de las personas, supuestamente para garantizar la calidad de vida, mediante el cumplimiento de planes y programas integrales, que permitan proteger la salud, y lograr el bienestar individual dentro de dicha norma se establece:

Artículo 1.

“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 4.

“La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”

Artículo 153.

“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

(...)

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.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad”

Artículo 154

“El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 <366, 367, 368, 369> de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

(...)

d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;

e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;”

Artículo 166

“(…) Parágrafo 2.- El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual...”

- **Decreto Ley 1298 de 1994**, estableció el estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según el cual:

Artículo 3.

“Además de los principios consagrados en la Constitución Política y de los propios del Sistema de Seguridad Social Integral, se aplican al Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Universalidad. Todos los habitantes en el territorio nacional tendrán acceso a los servicios de salud;
2. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.
3. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia (...)
4. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en **Salud brindará atención integral en salud a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad**, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con el Plan Obligatorio de Salud...”

Artículo 4.

“El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

(...)

2. Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;

(...)

5. Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria;

6.- Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;"

Artículo 7.

"Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, **educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades** y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales."

Artículo 28.

"En los Municipios, Distritos y en las áreas Metropolitanas, corresponde a la dirección local del Sistema de Seguridad Social en Salud, que autónomamente se organice:

- a) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local; (...)
- c) Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso; (...)
- h) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial y en la administración y mantenimiento de las instituciones de salud, así como identificar las necesidades de formación y perfeccionamiento del recurso humano para el sector"

Artículo 35.

"En el área de la salud, corresponde a los Distritos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas competentes, conforme a la ley, a las normas técnicas nacionales y a los respectivos acuerdos:

(...)

2. Conforme al artículo 49. de la Constitución Política, dirigir el Sistema Distrital de Salud, ejercer las funciones establecidas en los artículos 28 y 29 de este Estatuto, financiar y realizar las acciones de **fomento de la prevención de la enfermedad y garantizar la prestación de los servicios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación correspondientes al primero, segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad**, directamente, o a través de entidades descentralizadas o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, acorde con el Artículo 365. de la Constitución Política, y demás normas relacionadas, y para el caso del Distrito Capital, conforme a la Ley 1a. de 1992 y los acuerdos distritales respectivos."

Artículo 48.

El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de **información y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país.**”

- **Ley 1098 de 2006**

Artículo 17.

“ ..., las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida... en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

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

Artículo 20.

“..., las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, ...”

Artículo 27.

“Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

(...)

Parágrafo 1o. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes...”

- **Ley 1384 de 2010**, denominada “Ley Sandra Ceballos”, reglamenta las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Artículo 1

“Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos

los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.”

Artículo 2.

“El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el **cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.**”

Artículo 5.

“Declárese el **cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia...**, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

(...)

Parágrafo 2o.- Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Artículo 6.

“... Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y **las entidades territoriales** responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, **deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer** y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social...”

- **Ley 1438 de 2011**

Artículo 2

“... acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

(...)

2.2.- Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

(...)

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.”

Artículo 13.

“Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

13.2. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

13.5. Orientación individual, familiar y comunitaria.

13.6. Atención integral, integrada y continua.”

Artículo 17.

“**El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes.** Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.”

- **Ley 1751 de 2015**, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 2.

“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 5.

“El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas.
 - b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
 - c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.
- (...)

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas.”

Artículo 6.

“El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: (...)

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.

(...)

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

(...)

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

(...)

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.

(...)

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.”

Artículo 8.

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”

Artículo 10.

“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

(...)

c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.

d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos...”

e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.

f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

(...)

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

(...)

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.”

- **Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos para la Ruta Integral de Atención para la población Materno Perinatal donde, entre otras, se establece la ruta de atención para el VPH y el cáncer de cuello uterino. Del cual hablamos en la justificación.

4.3 De orden distrital.

Existen tres Acuerdos de Bogotá que regulan la materia, impulsan la prevención e imponen cargas a la administración distrital, los cuales ya analizamos en la justificación.

- Acuerdo 461 de 2011: Incorpora medidas de prevención en el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el Distrito Capital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, entre las que se encuentra la vacunación gratuita.
- Acuerdo 520 de 2013: Incorpora al programa de detección y control del cáncer de cuello uterino un sistema de gestión de información que permita en forma rápida, efectiva y eficiente el envío de los resultados de los exámenes.
- Acuerdo 593 de 2015: Por medio del cual se establece la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y de leucemias agudas pediátricas en niños, niñas y adolescentes del distrito capital.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá es competente para aprobar el presente proyecto de acuerdo en virtud de lo establecido en el Artículo 12 del Decreto ley 1421 de 1993, numeral 1 que establece como atribución del Concejo:

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

6. IMPACTO FISCAL

El Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, estableció:

“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”

De conformidad con lo establecido en el artículo 7° de la ley 819 de 2003 la presente iniciativa no tiene impacto fiscal.

Por lo anteriormente expuesto, someto a consideración del Honorable Concejo D.C. la presente iniciativa.

Cordialmente,

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA
Concejal de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

HEIDY LORENA SANCHEZ
Concejala de Bogotá 2020-2023
Colombia Humana -UP

CARLOS ALBERTO CARRILLO
Concejal de Bogotá 2020-2023
Partido Polo Democrático Alternativo

LUCIA BASTIDAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

ANDREA PADILLA VILLARRAGA
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

MARIA VICTORIA VARGAS SILVA
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Liberal Colombiano

ANA TERESA BERNAL MONTAÑEZ
Concejala de Bogotá 2020-2023
Colombia Humano UP

ALVARO ARGOTE MUÑOZ
Concejal de Bogotá
Partido Polo Democrático Alternativo

LUZ MARINA GORDILLO SALINAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Liberal Colombiano

MARIA SUSANA MUHAMAD GOZALEZ
H. Concejala de Bogotá D.C.
Colombia Humana - UP

PROYECTO DE ACUERDO No. 442 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE INTEGRAN ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR, ASISTIR Y COMBATIR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia y el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993

ACUERDA:

Artículo 1. El Distrito Capital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud deberá promocionar y garantizar la vacuna contra el VPH de manera gratuita. También realizará jornadas de vacunación y realizará vacunaciones mediante los equipos multidisciplinarios que hagan parte de la atención primaria en salud.

Para el 2030 deberá como mínimo haber vacunado al 95% de las niñas y niños menores de 15 años.

Artículo 2. La Secretaría Distrital de Salud con el fin de dar cumplimiento del artículo primero del acuerdo 593 de 2015 implementará la Ruta Integral de Atención establecida en la resolución 3280 de 2018 para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

La Secretaría Distrital de Salud establecerá un programa de tamización de cáncer de cuello uterino basado en la pruebas ADN – VPH, que hayan sido validadas con estudios clínicos para tal fin, como método primario de detección de esta patología y realizará jornadas de tamización a la población objetivo, priorizando las zonas de mayor vulnerabilidad de la ciudad.

Para el año 2030 la población objetivo del programa de tamización, mujeres entre 30 y 65 años, deberá tener una cobertura del 95% con prueba ADN-VPH.

Para el año 2030 el 100% de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino deben encontrarse en tratamiento.

Artículo 3. La Secretaría Distrital de Salud capacitará al personal de salud de la red pública para realizar tamizaciones para la detección del Virus de Papiloma Humano, y en la aplicación de la Ruta Integral de Atención establecida en la resolución 3280 de 2018 para la detección temprana de cáncer de cuello uterino. De igual forma deberá verificar que para el 2022 todas las IPS privadas que operan dentro del Distrito se encuentren implementando dicha resolución.

Artículo 4. La Secretaría Distrital de Salud en su página web de inicio deberá contar con un enlace en el cual se brinde información clara y accesible sobre los puntos y horarios de vacunación y los puntos y horarios de la toma de muestras para la tamización con la prueba ADN-VPH. La información deberá contar con un mapa que permita ubicar por georreferenciación el lugar más cercano.

Artículo 5. La Administración Distrital, en el marco de sus competencias y en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, creará una estrategia de comunicación dirigida a la promoción de la toma de pruebas ADN-VPH, en la que promoverá la implementación de un mensaje dirigido a la promoción de la prueba en los empaques de productos de higiene personal femenina y en los supermercados y farmacias en Bogotá D.C.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de sus competencias, realizará la gestión ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- y demás entidades competentes, para que se implemente la estrategia que trata el inciso anterior y se implemente un mensaje dirigido a la promoción de la prueba de ADN-VPH en los empaques de toallas higiénicas.

Artículo 6. La Secretaría Distrital de Salud entregará al Concejo de Bogotá el 26 de marzo de cada año un informe sobre el cumplimiento de las obligaciones a su cargo derivadas del Acuerdo 461 de 2011, 520 de 2013, 593 de 2015 y del presente acuerdo, en el incluirá un comparativo con el año inmediatamente anterior.

Artículo 7. Vigencia y Derogatorias. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el artículo primero y quinto del Acuerdo 461 de 2011.

Cordialmente,

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA
Concejal de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

HEIDY LORENA SANCHEZ
Concejala de Bogotá 2020-2023
Colombia Humana -UP

CARLOS ALBERTO CARRILLO
Concejal de Bogotá 2020-2023
Partido Polo Democrático Alternativo

LUCIA BASTIDAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

ANDREA PADILLA VILLARRAGA
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

MARIA VICTORIA VARGAS SILVA
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Liberal Colombiano

ANA TERESA BERNAL MONTAÑEZ
Concejala de Bogotá 2020-2023
Colombia Humano UP

ALVARO ARGOTE MUÑOZ
Concejal de Bogotá
Partido Polo Democrático Alternativo

LUZ MARINA GORDILLO SALINAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Liberal Colombiano

MARIA SUSANA MUHAMAD GOZALEZ
H. Concejala de Bogotá D.C.
Colombia Humana - UP

PROYECTO DE ACUERDO No. 443 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE TOMAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA VIDA, LA SALUD PLENA, LA DIGNIDAD HUMANA, EL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD, Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN:

En Colombia la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está incluida en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) para cualquier mujer y persona con capacidad de gestar del régimen contributivo o subsidiado. Todas las clínicas y hospitales, públicos y privados, deben estar en capacidad de atender casos de IVE, inclusive en aquellos municipios donde solo se cuenta con un solo puesto de salud.

Actualmente para solicitar una Interrupción Voluntaria de Embarazo – IVE- las mujeres y personas con capacidad de gestar deben hacer una consulta donde se confirme el embarazo y se determine el número de semanas de gestación, el estado actual del feto, las condiciones de salud que tiene la gestante y la forma como fue concebido. De toda esta información, el médico podrá determinar si esta solicitud está dentro de una de las causales reconocidas en Colombia y así ordenar su procedimiento.

El acceso a este servicio como a cualquier en respuesta a su solicitud de acceder a una IVE sería el mejor panorama, sin embargo, la realidad es otra, muchas desconocen o no entienden de este procedimiento, otras se enfrentan no solo a barreras institucionales sino socioculturales que impiden y agravan el goce efectivo de este derecho y las obliga a tomar acciones que pueden ser determinantes para su vida. Amén de lo anterior, se suman otras como situaciones de crisis y conflicto, como el desplazamiento forzado o la que actualmente vivimos, el Covid-19.

Muchas veces, no se autoriza el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo bajo el argumento de no cumplir los requisitos, se cuestiona y se intenta disuadir a las niñas, mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar frente a su decisión, juzgándolas y haciéndolas sentir culpables o en otros casos, es el médico quien, por sus creencias religiosas o su opinión personal al respecto, se basan en un uso inconstitucional de la objeción de conciencia para no practicarlo, sin darle una alternativa con el fin de garantizar su derecho.

Cuando se trata de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de incesto, es aún mayor la problemática, las barreras no solo dificultan el acceso sino

también generan re victimización y una carga psicológica adicional para las mujeres, que no están en el deber de soportar.

Con el fin de garantizar este derecho consideramos que se deben realizar acciones afirmativas, como capacitaciones continuas al personal de salud, asistencial y administrativo tendientes a ejercer una buena práctica referente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) enmarcados en las Rutas de Atención Integral RIAS; capacitaciones a las niñas, adolescentes y mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de embarazos no deseados, los métodos anticonceptivos, la regulación jurisprudencial realizada por la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional y las Rutas de Atención Integral RIAS.

2. OBJETIVO:

Este proyecto de acuerdo tiene como objeto implementar acciones afirmativas que permitan garantizar los derechos fundamentales a la salud plena, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar en los tres eventos que estableció la Corte Constitucional para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Estas acciones afirmativas tienen como finalidad la eliminación de barreras de acceso dentro del sistema de salud y los eventos de re victimización.

3. JUSTIFICACIÓN

La posibilidad que tiene una niña, mujer y persona con otras identidades de género con capacidad de gestar de interrumpir voluntariamente su embarazo es sin duda alguna un progreso del siglo XX, en efecto, varias legislaciones alrededor del mundo lo han regulado y permitido.

Lastimosamente aún se siguen presentando barreras institucionales y socioculturales que obligan a estas niñas, adolescentes y mujeres a acceder a esta práctica de forma clandestina. Por eso nos parece de vital importancia entender la realidad actual de esta problemática.

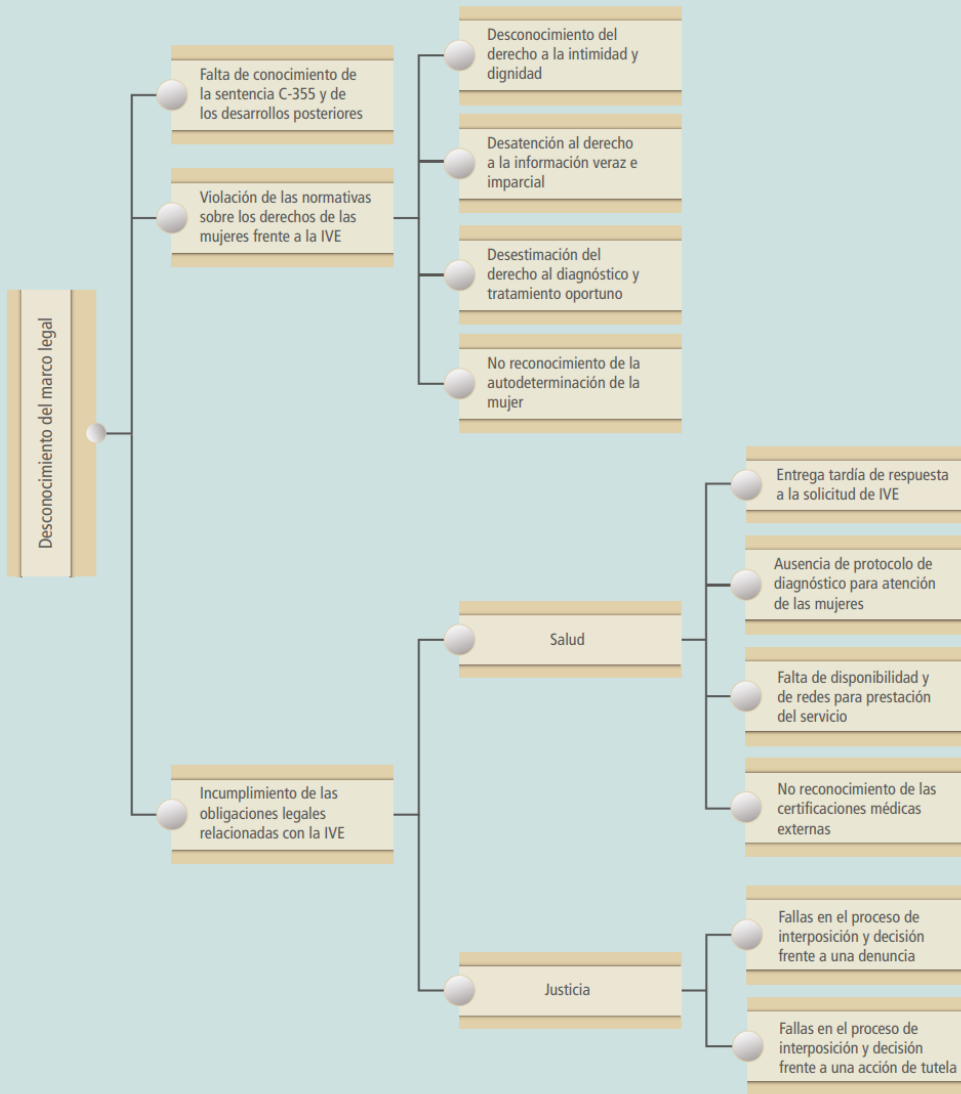
3.1. Contexto y situación actual.

Cada vez se hace más extensa la lista de barreras que existen para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el sistema de salud colombiano, viéndose obligadas a tener una maternidad forzada, auto medicarse o a utilizar servicios clandestinos que ponen en peligro su salud y su vida. La no garantía de la IVE, tiene implicaciones en términos de salud pública y vulnera derechos humanos.

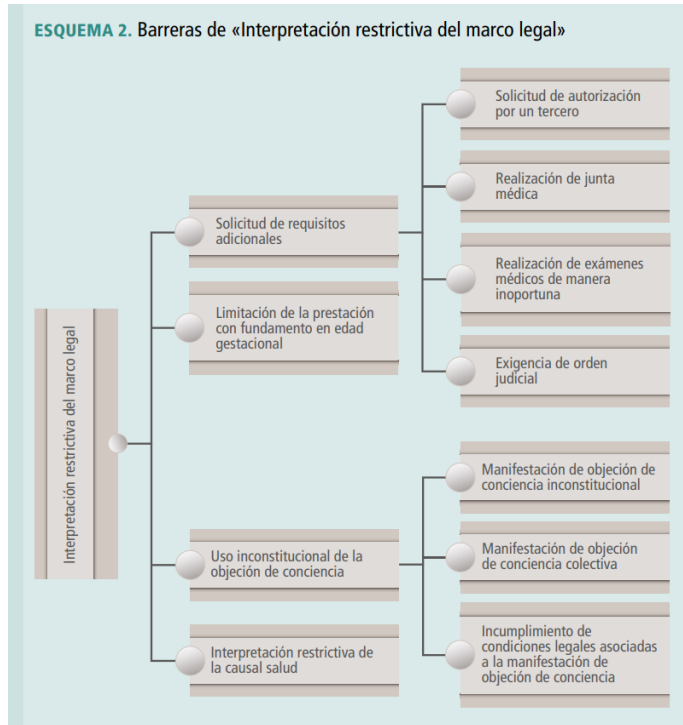
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, en el estudio “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia¹⁷”, agrupa las barreras en tres grandes categorías: (i) el desconocimiento del marco legal, (ii) la interpretación restrictiva del marco legal, y (iii) la falla en la prestación del servicio de salud. Dichas barreras, se desarrollan en los siguientes cuadros:

¹⁷ Recuperado de: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

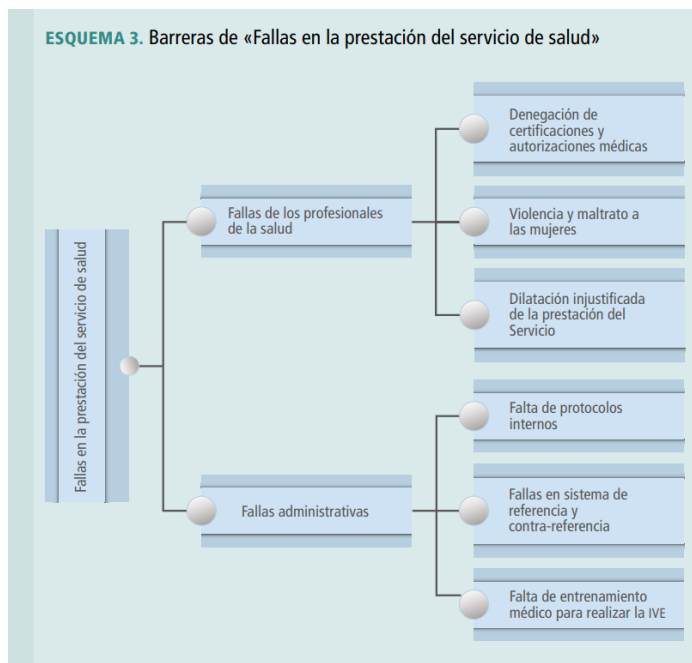
ESQUEMA 1. Barreras de «Desconocimiento del marco legal»



Fuente: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Estudio “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. 2017.



Fuente: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Estudio “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. 2017.



Fuente: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Estudio “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. 2017.

Por esto, tomar medidas afirmativas para cambiar esta realidad permite salvar vidas, un ejemplo claro de ello es el cambio legal de la práctica del aborto en Latinoamérica, Uruguay en el 2012 produjo un cambio en la normativa, sancionando la ley que permite la Interrupción Voluntaria del Embarazo sin causales, ni requisitos dentro de las primeras 12 semanas de gestación, hasta las 14 semanas en caso de violación y sin límite por anomalías fetales.

En este país disminuyeron significativamente las muertes causadas por la práctica del aborto, provocándose solo el 8,1 por ciento de las muertes maternas en el período 2011-2015 en comparación al 37,5 por ciento de muertes maternas causadas en el período 2001-2005 y para el 2016 “se realizaron 9.719 procedimientos y 9.830 en 2017, un incremento de 1,1 %. La mortalidad materna por esta razón es cero. Entre 2014 y 2016 la muerte materna se mantuvo estable, una tasa de entre 18 y 20 cada 100.000 nacimientos.”¹⁸

En Argentina, la muerte por embarazo terminado en aborto sin acompañamiento médico está entre las primeras causas de muerte materna. En el 2017, las muertes por embarazos terminados en abortos representaron el 14,85% del total de muertes maternas. Ha tenido un cambio significativo desde la legalización.

En Colombia el panorama no es distinto, cifras reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social demuestran que el índice de embarazos no planeados alcanza un 52% y que 70 mujeres mueren cada año por complicaciones derivadas de abortos inseguros y/o clandestinos.¹⁹

En informe del Ministerio de Salud y Protección Social “...Se estima que, a nivel mundial de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, de los cuales, 46 millones —es decir, el 58%— terminan interrumpiéndose. De estos, 19 millones se producen en países donde el aborto es ilegal, lo que lleva a las mujeres a recurrir a practicar abortos inseguros que ponen en riesgo su vida y su salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente 67.000 mujeres mueren por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es el responsable del 17% de las muertes maternas (OMS, 2000). De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (OMS, 2012)...”²⁰

La Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Instituto Guttmacher señalaron en comunicado de prensa publicado en *The Lancet*, “...De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año. La mayoría de abortos

¹⁸<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/dia-internacional-salud-mujeres-jorge-basso-canelones-mortalidad-materna-casi-cero>

¹⁹ [La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf](#)

²⁰ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>

peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina...²¹ El mismo artículo refiere **«Se precisan más esfuerzos, especialmente en las regiones en desarrollo, para garantizar el acceso a los anticonceptivos y al aborto seguro» «Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia salud y la de sus familias. Esto no debería pasar. Sin embargo, pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose demasiados abortos peligrosos y demasiadas mujeres continúan sufriendo y muriendo»²²**

La OMS caracterizó las circunstancias en que se realiza el aborto peligroso por subcategorías denominándolas como abortos menos seguros y nada seguros, resaltó que "...Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo. Casi un tercio (31%) de los abortos fueron «menos seguros», lo que significa que fueron practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado uterino instrumental, bien por una persona no cualificada, incluso si esta utilizó un método seguro como el misoprostol, un medicamento que se puede utilizar para muchos fines médicos, incluida la inducción de un aborto. En aproximadamente el 14% de los casos se trató de abortos «nada seguros» realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas. El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos peligrosos fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones nada seguras. Las complicaciones derivadas de abortos «nada seguros» pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones...²³

Entonces, según datos y publicaciones la tasa de mortalidad por abortos inseguros promedio en Europa en el 2008, era 1 de cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en América Latina era de 10; en Asia de 20 y en África de 80.

En los países donde se permite practicar abortos dentro el marco de la ley, la proporción de mortalidad materna suele ser más baja (OMS 2003), es decir, cuando el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, alrededor de 0,2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos; en Sudáfrica, por ejemplo, en donde se liberalizó la ley de aborto en 1997, el número de muertes ocasionadas por esta práctica se redujo en un 91%. En consecuencia, la penalización del aborto impide el acceso efectivo a procedimientos seguros que devienen en riesgos para la vida y la salud de las mujeres.

²¹ <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

²² <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

²³ <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Dado que en nuestro país persiste una reglamentación rígida al respecto, entre el año 2005 y 2017, 2.290 mujeres fueron criminalizadas por el delito de aborto de las cuales 502 eran menores de edad y de la totalidad de los procesos penales por el punible de aborto para febrero de 2017, estaban activos 1.604 casos y se habían proferido 200 sentencias condenatorias y 14 sentencias absolutorias, según datos de la Fiscalía General de la Nación; por otra parte y en contraposición, se puede constatar ostensiblemente que a partir de la Sentencia C - 355 de 2006 dictada por la Honorable Corte Constitucional donde se puede llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) bajo 3 causales, en el 2019 se evitaron cerca de 374.063 abortos inseguros en Colombia mediante los servicios de anticoncepción y aborto seguro, en consecuencias estas cifras demuestran la inexorable necesidad de redefinir nuestro ordenamiento jurídico, diseñando normas que despenalicen en su totalidad esta práctica y propendan por el acceso efectivo y eficaz para la atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

No obstante, y pese a que se ha dado un paso agigantado en nuestro país con la Sentencia **C-355 de 2006**, las barreras que han creado el sector de la salud y de la misma justicia en algunos eventos, impiden ostensiblemente el goce efectivo y la práctica segura de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), conllevando a que en múltiples ocasiones se acuda a la práctica de abortos clandestinos que ponen en riesgo la vida y su salud de las niñas, adolescentes y mujeres que no encuentran protección y garantías por parte del Estado.

La Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia (T-209 de 2009, T-841 de 2011, T-301 de 2016 y SU-096 de 2018) ha identificado en varias ocasiones las barreras que enfrentan las mujeres en el sistema de salud y que demuestran que parte del problema que no ha sido posible solucionarlo a pesar de los 23 fallos que han garantizado el derecho a la IVE.

Lamentablemente y pese a que existe normativa que garantiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) bajo ciertas circunstancias, las niñas, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar que solicitan o intenta acceder a esta prerrogativa, no solo siguen siendo sometidas a actos que perjudican y atentan contra su integridad física, moral, personal, familiar y demás aspectos, sino que deben enfrentarse a talanqueras se sirven de argumento para que las entidades se abstengan de llevar cabo el procedimiento.

Esta situación se ha agudizado aún más “(...) En medio de la emergencia sanitaria producida por el COVID-19, este panorama no ha mejorado. Diversas organizaciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos han denunciado en todo el mundo el surgimiento de nuevas barreras y la profundización de las conocidas para acceder al aborto seguro. (...) Las EPS y las IPS se están excusando en la priorización de las atenciones relacionadas con el COVID-19 para no atender las solicitudes de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). Por la virtualidad de los trámites, no todas las mujeres pueden acceder a los canales para solicitarla porque muchas no tienen herramientas para enviar correos o simplemente llamar. Las EPS no están garantizando los traslados a las mujeres que lo requieren y se escudan en la falta de transporte público y en que el

uso de las ambulancias es exclusivo para casos de COVID-19”.²⁴ Y pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció medidas indicando que “las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud ante la congestión de servicios de salud por la pandemia deben adecuar las modalidades de prestación de servicios que garanticen la atención para la planificación familiar y anticoncepción, así como el acceso a la IVE.”²⁵, persiste la negación para llevar a cabo el procedimiento.

Es sumamente urgente y necesario adoptar estrategias que permitan identificar y analizar cuales son los factores determinantes que se relacionan con la práctica del aborto inseguro; se identifiquen y analicen cuales son las barreras de acceso creadas por el sistema de salud para el acceso efectivo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y cuales existen desde la perspectiva de las niñas, adolescentes y mujeres, para que de conformidad con estos datos, se ejecuten medidas que eliminen todas y cada una de las barreras de acceso bien sea mediante estrategias de capacitación del personal médico, asistencial y administrativo de las EAPB, EPS e IPS, tendientes a brindar y garantizar asistencia orientativa, legal y de acompañamiento a las niñas, adolescentes y mujeres que requieran de este procedimiento o bien sea con la adopción de programas de promoción, prevención y ejecución que permitan erradicar por completo el aborto inseguro y consecuentemente eliminar “múltiples barreras que les impide acceder a servicios oportunos, seguros y de calidad, llevándolos a escenarios peligrosos donde los riesgos para sus vidas son múltiples y latentes”²⁶.

Actualmente los requisitos para la solicitud de la IVE, son:

- Causal: Peligro para la vida o la salud de la mujer.

Requisitos: Debe ser certificada por profesional en medicina o en psicología. El profesional certifica que existe esta probabilidad de daño, pero es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta dónde permitirá que la gestación altere su bienestar.

Se reconoce a los profesionales de la Psicología el estatus de profesionales de la salud en virtud de la Ley 1090 de 2006 y, en este sentido, pueden expedir certificados para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

- Causal: Malformaciones del feto incompatibles con la vida.

Requisitos: Certificado médico expedido por profesional de la salud. Exigencias distintas o adicionales como la solicitud de certificaciones por parte de especialistas no es permitido y son consideradas como prácticas prohibidas.

²⁴ColombiaCheck; Explicador: Cómo acceder al aborto seguro en Colombia en medio de la pandemia; Laura Rodríguez Salamanca. <https://colombiachek.com/investigaciones/como-acceder-al-aborto-seguro-en-colombia-medio-de-la-pandemia>

²⁵<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Instituciones-Prestadoras-de-Salud-deben-continuar-con-atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

²⁶<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/01/La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf>

- Causal: Acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Requisitos: Copia de la denuncia penal, excepto cuando se trate de:

a. Menor de 14 años, porque en estos casos se presume jurídicamente que la niña o adolescente fue víctima de algún tipo de violencia sexual;

b. Mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, a quienes el artículo 23 de la ley 1719 de 2014, les da el derecho a obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal.

3.2 Plan Nacional de Desarrollo y Plan Distrital de Desarrollo.

El Plan Decenal de Salud Pública, tiene como vocación concreta y la preocupación constante velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de Colombia. De manera que, la RIAS materno perinatal establecida en la Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social se orienta con el cumplimiento del Plan Decenal que todas las entidades territoriales deben tener como horizonte en sus planes territoriales de salud pública.

El cumplimiento de dicha Resolución incide directamente en los indicadores de salud pública, como la morbilidad materna, las complicaciones por aborto inseguro, la salud mental, entre otros. En general, la implementación de la RIAS permite a las EAPB ajustarse a los parámetros del Ministerio de Salud, así como a los lineamientos de la OMS en materia de procedimientos de aborto y tecnologías de la salud más apropiadas.

A nivel distrital las directrices van en línea con el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030 que, a su vez, orientan el plan de desarrollo distrital "*Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI*". En materia de salud sexual y reproductiva -SSR-, la RIAS materno perinatal contribuye al cumplimiento de los objetivos 3 (Salud y bienestar) y 5 (Equidad de género), en el sentido de asegurar el acceso a servicios de SSR, incluyendo la IVE, de manera segura, y a su vez contribuyendo al aseguramiento de una ciudadanía plena de las niñas y mujeres, con igualdad de derechos. No obstante, la garantía de la IVE contribuye indirectamente a los objetivos 1 (fin de la pobreza), 2 (hambre cero), 4 (acceso a la educación), 10 (reducción de desigualdades).

Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política					
N o	Metas Trazadoras	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024

1 4	A 2024 cero tolerancia con el embarazo de niñas de 10 a 14 años reduciéndola en un 20%, previniendo el delito de violencia sexual contra las niñas y fortaleciendo capacidades de la familia como cuidadores y protectores de niños, niñas adolescentes.	Tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años.	207 nacimientos en niñas de 10 a 14 años (dato preliminar)	DANE 2019	Reducción en 20%
1 6	Ajustar el actual Modelo de Salud para basarlos en APS incorporando el enfoque poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo que incluya ruralidad, y a la población discapacitada, y aporte a modificar los determinantes sociales de la salud en la ciudad y lograr impacto en la morbimortalidad de la población	Indicadores de morbilidad evitable por localidad Indicadores de mortalidad evitable por localidad Indicadores de coordinación por localidad creadas	Indicadores de morbilidad evitable por localidad Indicadores de mortalidad evitable por localidad Cero coordinación por localidad creadas	EEVV RUAF SIVIGI LA	Mejora de indicadores de morbilidad evitable de la población atendida, por localidad Mejoría de Indicadores de mortalidad evitable por localidad 20 Coordinaciones creadas, una por localidad

<p>cubierta. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad, con su enfoque particular. Adicionalmente se incluye una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas que tengan dificultad para su desplazamiento y personas en condición de discapacidad.</p>				
---	--	--	--	--

Artículo 13. Programas estratégicos. En el marco del presente Plan de Desarrollo Distrital se considera fundamental la ejecución de los siguientes programas estratégicos:

Programas Estratégicos Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política

No	Programas Estratégicos	No	Meta estratégica	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
3	Sistema Distrital de	33	Implementar en el 100% de los colegios públicos la estrategia de Prevención del embarazo adolescente, con enfoque en	% de colegios públicos distritales con	65% colegios públicos	SED ;	100% de colegios públicos distritales

	Cuidado		derechos sexuales y reproductivos, a través de la articulación de la estrategia SEXPERTO, las escuelas de padres y las redes de práctica de aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores.	acompañamiento para el fortalecimiento de los proyectos de educación integral en sexualidad	s distritales con acompañamiento en 2019	2020	con acompañamiento
--	---------	--	---	---	--	------	--------------------

Programa 8. Prevención y atención de maternidad temprana. La prevención de la maternidad y paternidad en edades tempranas, en niños, niñas y adolescentes, se abordará comprendiéndolo como un problema de salud pública que, en algunos casos puede llegar a poner en riesgo la salud de la madre gestante o a su bebé; así como hacia una transformación cultural de la sexualidad, la cual será abordada a través de estrategias de prevención del embarazo adolescente en colegios, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos a través de la articulación con la estrategia SEXPERTO, las escuelas de padres y las redes de práctica y aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores, en torno al desarrollo de proyectos de vida con responsabilidad y generando mejores oportunidades para esta población.

Artículo 46. Proyectos Estratégicos. Se consideran proyectos estratégicos para Bogotá D.C. que garantizan la prestación de servicios a la ciudadanía y que por su magnitud son de impacto positivo en la calidad de vida de sus habitantes y en el logro de los propósitos y metas de ciudad y de gobierno. Dichos proyectos incluyen, entre otros:

En desarrollo del Propósito 1 - Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política, se prioriza: una Agencia De Educación Superior, Ciencia y Tecnología de Bogotá. Una Misión de Educadores Sabiduría Ciudadana. Infraestructura educativa para el desarrollo de la jornada única, la primera infancia y educación inclusiva. El fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención, política de estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Incrementar gradualmente la oferta de los tres grados de educación preescolar con ampliación de la cobertura y calidad. Un proyecto de inclusión, social, productiva y de empleo para mujeres, jóvenes y personas con discapacidad o en condición de discriminación o exclusión. El sistema distrital de cuidado está implementado en el 100%. El embarazo adolescente e indeseado reducido. Soluciones habitacionales complementarias entregadas a familias vulnerables con enfoques de género, poblacional y territorial. Estrategia Bogotá 24 horas implementadas. Laboratorios de innovación social en los que se identifique proyectos que fomenten la recuperación del tejido social y la empleabilidad implementados. Solicitudes de pequeñas y medianas empresas

rurales acompañadas para mejorar su competitividad y acceder al mercado de la Bogotá - Región. Los proyectos de los Sistemas de Bogotá Solidaria y de la Mitigación del Impacto Económico, el Fomento y Reactivación.

Metas Sectoriales. Prevención y atención de maternidad temprana

Meta 74 Implementar en el 100% de los colegios públicos la estrategia de Prevención del embarazo adolescente, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos a través de la articulación con la estrategia SEXPERTO, las escuelas de padres y las redes de práctica y aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores.

3.3 Estrategias y acciones afirmativas.

Aun siendo legal, encontramos que existen muchas barreras para acceder al IVE, pasamos a realizar una explicación breve sobre las principales barreras y las estrategias que consideramos oportunas para eliminarlas:

La primera gran barrera es la negación del servicio por diferentes causales como las exigencias de requisitos adicionales, el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, que en la práctica se vuelve institucional, y las demoras injustificadas. Este tipo de conductas constituyen violencia de género, torturas y malos tratos hacia las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, pueden llegar a causar enormes daños psicológicos, físicos, e incluso la muerte.

Otra barrera que consideramos totalmente descabellada son los prejuicios y cuestionamientos a la mujer, cuando el personal médico intenta “convencer” a la mujer de no realizar el aborto la esta sometiendo a una revictimización que puede coartar la libertad y generar daños psicológicos, sin contar cuando se trata de un aborto por una violación, caso en el cual la revictimización es doble. En los casos de violación, el acceso a este servicio es casi imposible debido a las restricciones y exigencias adicionales en las que se obliga a las mujeres a hacer pública una situación tan compleja.

A todo esto, se le suma la campaña desinformación realizada en muchas ocasiones por la misma administración pública acerca de la despenalización del aborto y de los derechos reproductivos de la mujer en la defensa de su derecho a la vida, a la salud plena, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, generando mas prejuicios, estigmas y trabas en el acceso a este servicio.

Para eliminar estas barreras, bajo el entendido de la imposibilidad de legalizar el aborto desde el Concejo de Bogotá D.C., hemos considerado las estrategias que se explican a continuación.

Implementar la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud como un instrumento fundamental para asegurar el cumplimiento de los mandatos de la Corte Constitucional, pues establece los lineamientos que deben seguir las EAPB para garantizar el derecho fundamental a la IVE de conformidad con los parámetros de la jurisprudencia. Es decir, es una herramienta que permite

avanzar en la eliminación de las barreras aún vigentes para el acceso a procedimientos de aborto seguro.

Muchos prestadores de servicios de salud, desconocen los documentos guías que el Ministerio de salud y de Protección Social ha elaborado para la eliminación de estas barreras, por lo cual se hace necesario que a través de la Administración Distrital se establezcan lineamientos específicos determinantes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a sus profesionales de la salud, y demás personal involucrado, poder ofrecer ampliamente servicios de información y acompañamiento en todas las fases de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a las mujeres que, estando dentro de alguna de las causales, los solicitan.

La implementación y fortalecimiento de la RIAS materno perinatal en las EPAB del Distrito permiten que el sector salud cumpla y se alinee con los mandatos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos que reconoce y protege el derecho fundamental a la IVE, catalogando como tortura y tratos crueles la negación a su acceso.

Fortalecer el canal de comunicación directo entre la administración distrital y las mujeres que quieran o que hayan practicado una interrupción voluntaria del embarazo con dos fines específicos.

Por un lado, que permita la atención de mujeres que sufren de violencia de género por la negación del servicio en las que sean atendidas por un grupo de psicólogas, trabajadoras sociales, abogadas y enfermeras.

Por otro que brinde información completa sobre la IVE. Suministrar información es parte esencial de los servicios de aborto de buena calidad. Se debe dar información a todas las mujeres independientemente de su edad o circunstancias, en forma que pueda comprenderla, para permitirle la toma de decisiones. Esta información debe incluir el procedimiento de aborto, la cual incluye, la duración del proceso, las técnicas a utilizar, los riesgos o complicaciones; información sobre cuándo podrá retomar su actividad sexual y de qué se trata la atención de seguimiento post procedimiento. La información evita poner en riesgo la vida o la salud de las mujeres

Esta asesoría es de vital importancia porque puede ayudar a las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a considerar distintas opciones y asegurar que puedan tomar una decisión sin ningún tipo de presión, así como generar una protección a aquellas que han sido víctimas de violencia mediante la negación del servicio.

Por último, consideramos que es de vital importancia que la administración desde la posición política en la que se encuentra realice un pronunciamiento permanente y eficaz que ayude a eliminar los estigmas y prejuicios que sustentan estas barreras de acceso a las mujeres.

4. MARCO JURÍDICO

Consideramos que el presente proyecto de acuerdo se sustenta en las siguientes normas:

4.1. ORDEN CONSTITUCIONAL

Corte Constitucional Sentencia C-355 de 2006.

Esta sentencia despenaliza el aborto en 3 tres circunstancias: a) Cuando peligran la vida o la salud de la madre. b) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida. c) Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.

Corte Constitucional Auto 360 de 2006.

Denegó las solicitudes de nulidad de la sentencia C-355 de 2006.

Corte Constitucional Sentencia T-636 de 2007.

Esta sentencia reitera la protección del derecho constitucional a la salud por acción de tutela (instrumento jurídico de protección inmediata de los derechos fundamentales) y aclara que el derecho al diagnóstico hace parte de él.

Corte Constitucional Sentencia T-988 de 2007.

Esta sentencia reitera el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causal violación para una mujer con discapacidad, impedida de expresar su voluntad. Definiendo que en cualquier circunstancia se debe actuar para su beneficio de acuerdo con el artículo 13 de la Constitución Nacional y de la Sentencia C-355 de 2006.

Corte Constitucional Sentencia T-209 de 2008.

Esta sentencia define las condiciones para apelar a la objeción de conciencia, como un recurso individual del médico, y que solo podrá hacer uso de él si garantiza una remisión efectiva para la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a otro profesional competente.

Corte Constitucional Sentencia T-946 de 2008.

Esta sentencia reitera que el único requisito para acceder al derecho de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en caso de violación, incesto o inseminación artificial no consentida es la denuncia del hecho, y considera cualquier otro requisito como una barrera en el acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

Corte Constitucional Auto 279 de 2009.

Establece el cumplimiento de la Sentencia T-209 de 2008.

Corte Constitucional Sentencia T-009 de 2009.

Establece que el derecho a la dignidad humana se viola si no se respeta la autonomía de una mujer para tomar la decisión de la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y enfatiza que la mujer involucrada es la única persona que puede decidir al respecto.

Corte Constitucional Sentencia T-388 de 2009.

Esta sentencia reitera que la causal salud no está referida únicamente a la salud física certificada por un médico, sino también a la afectación de la salud mental certificada por un profesional de la psicología. Además, ordena la implementación de procesos masivos de educación sobre Salud Sexual y Derechos Reproductivos.

Corte Constitucional Sentencia T-585 de 2010.

Establece que los derechos sexuales y reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991.

Corte Constitucional Sentencia T-636 de 2011.

Establece la responsabilidad de las Entidades Promotoras de la Salud (EPS) para evaluar si la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es procedente en cada caso concreto bajo criterios científicos y con observancia de la jurisprudencia.

Corte Constitucional Sentencia T-841 de 2011.

Establece que el riesgo para la salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se reitera un plazo razonable de 5 días para que las Entidades Promotoras de la Salud (EPS) atiendan las solicitudes de IVE y lleven a cabo los procedimientos en los casos en los que se encuentra permitido.

Corte Constitucional Sentencia SU-098 de 2018.

Exhortación al Congreso de la República para que regule el derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), avanzando en la protección de los derechos fundamentales de las mujeres y buscando eliminar las barreras aún existentes su acceso y ordena al Ministerio de Salud y Protección Social que emita una regulación única en la cual se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados en la sentencia C-355 de 2006.

4.2. ORDEN LEGAL

- **Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano.**

Artículo 122.

La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.

Artículo 123.

El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento ochenta (180) meses.

La Corte Constitucional ha reconocido vía jurisprudencial la posibilidad de abortar cuando se den ciertos presupuestos como peligro para la vida o la salud de la mujer, malformación del feto y por violación y por incesto (Sentencia C 355 de 2006).

- **Ley 1438 de 2011** “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”

Artículo 1°.

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. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

- **Ley 1751 de 2015**, “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 2.

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.

- **Resolución 4905 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social**, “Por medio del cual se adopta la norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE, se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 1.

Mediante la presente Resolución se adopta la norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE, se adiciona la Clasificación única de Procedimientos, en los códigos relacionados con estos servicios para garantizar la atención integral y oportuna de las gestantes en los casos y condiciones definidos en la Sentencia C-355-06 de la honorable Corte Constitucional.

- **Resolución 3202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social**, “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.”

Artículo 1o.

La presente resolución adopta el “Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)” así como unas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se establecen disposiciones en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Artículo 6o.

En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se definen tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), así:

6.1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.

6.2. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo. Incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio.

Hacen parte de este tipo de RIAS, las siguientes:

1. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
 2. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
 3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
 4. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
 5. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
 6. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.
 7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
 8. RIAS para población materno – perinatal.
 9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
 10. RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
 11. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales.
 12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
 13. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
 14. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
 15. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.
 16. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.
- 6.3.** Ruta integral de atención en salud para eventos específicos. Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por cada grupo de población en riesgo a que se refiere el numeral anterior. Este tipo de Rutas incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser

realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas y/o en los prestadores primarios y/o complementarios. Se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso.

PARÁGRAFO. Los integrantes del Sistema podrán conformar otros grupos de riesgo de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población a cargo y según las prioridades de su población y deberán desarrollar las Rutas de acuerdo con el “Manual metodológico para el diseño e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)”, adoptado por la presente resolución.

- **Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social**, “Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integrales 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 1º.

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.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D. C.

En atención a lo dispuesto en el Decreto Ley 1421 de 1993 “Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”, especialmente en los artículos 8, 12, y 13 el Concejo de Bogotá es Competente para tramitar este Proyecto de Acuerdo ya que los contenidos del mismo no versan sobre los aspectos enunciados en los ordinales 2º, 3º, 4º, 5º, 8º, 9º, 14, 16, 17, y 21, del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993 la presentación de esta iniciativa no se encuentra restringida al Ejecutivo.

- **Decreto Ley 1421 de 1993, Artículo 8.** Funciones generales. El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumplen las autoridades distritales.
- **Decreto Ley 1421 de 1993, Artículo 12. – Atribuciones.** Corresponde al concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:
 1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito. (...)
 25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones Vigentes.

- **Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 13- Iniciativa:** “los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los concejales y el alcalde mayor por conducto de sus secretarios, jefes de departamento administrativo o representantes legales de las entidades descentralizadas. El personero el contador y las juntas administradoras los pueden presentar en materias relacionadas con sus atribuciones. De conformidad con la respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario.

Solo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos a que se refieren los ordinales 2°, 3°, 4°, 5°, 8°, 9°, 14, 16, 17, y 21 del artículo anterior. Igualmente, sólo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos que decreten inversiones, ordenen servicios a cargo del Distrito, autoricen enajenar sus bienes y dispongan excepciones tributarias o cedan sus rentas. El Concejo podrá introducir modificaciones a los proyectos presentados por el alcalde”.

5. IMPACTO FISCAL

De acuerdo con la Ley 819 de 1993 en su 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”.

El presente proyecto de acuerdo no presenta un impacto fiscal, por tanto, ponemos a consideración del Honorable Concejo de Bogotá D.C., la presente iniciativa.

Cordialmente,
LUIS CARLOS LEAL ANGARITA
Concejal de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

6. ARTICULADO

PROYECTO DE ACUERDO No. 443 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE TOMAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA VIDA, LA SALUD PLENA, LA DIGNIDAD HUMANA, EL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD, Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

**En uso de sus atribuciones Constitucionales y Legales, especialmente las contenidas en los numerales 1 y 25 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993;
ACUERDA.**

Artículo 1. La Administración Distrital exhortará públicamente a todas las EAPB, EPS e IPS del distrito capital a eliminar todas las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con el fin de garantizar el derecho a la vida, la salud plena, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, de acuerdo a los estándares de la sentencia C-355 de 2006, la sentencia unificada 096 de 2018 y en la Resolución 3280 de 2018.

Artículo 2. El servidor público que obstaculice o impida el acceso al derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo o que realice malos tratos, actúe con violencia, realice hostigamientos o persecución de cualquier tipo contra las mujeres y cuerpos gestantes que requieran el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo incurrirá en falta disciplinaria gravísima según lo establecido en la Ley.

También incurrirá en la misma falta el servidor público que de un mal uso a la historia clínica, no guarde el secreto profesional, o provea información errónea, incompleta o sesgada sobre el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Artículo 3. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud implementará la Ruta Integral de Atención establecida en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud como un instrumento fundamental para asegurar el cumplimiento de los mandatos de la Corte Constitucional en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de la Mujer coordinarán las acciones pertinentes, orientadas a fortalecer las competencias del Talento Humano de acuerdo a la normatividad vigente para garantizar el acceso al derecho fundamental de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, con el fin de prevenir y erradicar todo tipo de violencias, con especial énfasis en la violencia obstétrica. De igual forma deberá verificar que para el 2022 todas las IPS privadas que operan dentro del Distrito se encuentren implementando las resoluciones del Ministerio de Salud, vigentes sobre la materia.

Artículo 4. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría de la Mujer, articulará el fortalecimiento de la línea de atención telefónica y de whatsapp, con el fin de atender a las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a las cuales se les haya negado el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, prestándoles atención médica, psicológica, y jurídica.

La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud en coordinación con la Secretaría de la Mujer y en ejercicio de su función de vigilancia y control realizará el seguimiento de los casos recibidos con el fin de que se elimine las barreras impuestas por los prestadores del servicio de salud. Asimismo, elaborará los informes necesarios e iniciará el proceso correspondiente ante la Superintendencia de Salud en contra de la EAPB, EPS e IPS que haya negado el servicio.

Artículo 5. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y en coordinación con la Secretaría de la Mujer creará una estrategia de “Atención Integral y Segura de Interrupción Voluntaria del Embarazo” en la que desarrollará acciones de promoción y sensibilización frente al derecho a acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Esta estrategia incluirá material educativo que será distribuido de forma virtual, y de forma física en las casas de igualdad de oportunidades para las mujeres, en las universidades públicas, los colegios públicos distritales y en la red pública hospitalaria. También incluirá la instalación de un cartel en un lugar visible en todas las IPS donde de informe como mínimo las tres causales de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la indicación de que la negativa a prestar el servicio constituye una falta disciplinaria y los números de las líneas establecidas en el artículo anterior.

Artículo 6. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud creará un lineamiento para la ciudad adicional al establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud para garantizar la privacidad y la humanización en atención inicial a las personas que deseen acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Este lineamiento como mínimo incluirá la implementación de un espacio de espera privado a las mujeres y personas con identidades de género con capacidad de gestar, y establecerá los aspectos claves para la atención con enfoques diferencial y de género.

Artículo 7. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO No. 444 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN BENEFICIOS ECONÓMICOS PARA LAS Y LOS VENDEDORES POPULARES DEUDORES DE MULTAS E INTERESES, DEBIDO A LA CRISIS GENERADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN:

Debido a la crisis asociada a la COVID-19 que se ha venido desarrollando desde marzo del 2020. Se ha evidenciado la seria afectación que ha presentado el comercio, varias empresas se vieron obligadas a cerrar, y muchos comerciantes informales no pudieron trabajar, generando así un aumento en el desempleo de la capital. Debido a las cuarentenas y las restricciones los integrantes de los sectores formales e informales han sido multados o han sufrido decomisos de mercancía, provocando una situación aún más desfavorable de la que ya se vive a causa de la pandemia. La crisis de la pandemia incrementó el número de vendedores informales, trajo consigo una crisis económica sin precedentes y llevó a que más de dos millones de familias no lograran comer 3 veces al día²⁷.

Las cuarentenas en el Distrito se han realizado con el fin de proteger la vida y la integridad de las personas como bien fundamental, sin embargo no podemos obviar las consecuencias que con ella llegaron, el impacto económico y social que generan, más aún cuando los recursos limitados de la administración no permiten realizar la totalidad de ayudas necesarias para cubrir los gastos de la población durante la cuarentena, es por tal motivo, que siendo conscientes de las implicaciones adicionales derivadas de la cuarentena, se pueden tomar medidas que ayuden a disminuir las cargas a la población, y en específico que contribuyan también a estimular el comercio.

En el presente documento se propone un proyecto de acuerdo que alivie la carga económica de los comerciantes formales e informales mediante una amnistía de las multas impuestas.

2. OBJETIVO:

Este proyecto de acuerdo tiene como objeto conceder unos beneficios temporales a los comerciantes y vendedores informales, -afectados seriamente a nivel económico y social por la pandemia del COVID-19-, por concepto de obligaciones provenientes de multas e intereses moratorios impuestos durante el tiempo de la pandemia. Con este beneficio se alivia en parte la difícil situación económica de las personas y familias que desarrollan esta actividad, se contribuye al mejoramiento de su calidad de vida y por ende a la reactivación de la economía.

²⁷ <https://www.portafolio.co/economia/dane-2-4-millones-de-hogares-ya-no-comen-tres-veces-al-dia-en-colombia-550416>

3. JUSTIFICACIÓN:

La situación para los vendedores informales no es la mejor, por causa del COVID-19 les fue imposible trabajar y por lo tanto sus ingresos sufrieron una estruendosa caída.

La situación económica y social de los vendedores informales y sus familias, es precaria desde hace muchos años, se vio agravada con la pandemia COVID-19, lo que conllevó a que muchos de ellos, a pesar de las restricciones y multas, se vieran obligados a salir a la calle para “rebuscar” el sustento diario, aun cuando son conscientes de la posibilidad de hacerse acreedores de diferentes multas por violación al código de policía.²⁸

En Colombia la proporción de ocupados informales en las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 47,8% para el trimestre enero - marzo 2021. Para el total de las 23 ciudades y áreas metropolitanas fue 49,0%²⁹.

La ciudad de Bogotá si bien tiene un 47% de ocupados informales, la cantidad de vendedores ambulantes es significativa 87.147 según la última caracterización realizada por el Instituto para la economía Política y Social (IPES), la cual si es comparada con la caracterización del año 2020 donde el periódico El Tiempo³⁰ afirma que en Bogotá hay 39.620 vendedores informales, se puede apreciar un aumento de más del 100%, seguramente impulsada por la pandemia aun cuando estas caracterizaciones tienen un subregistro.

Hay que tener claro que los vendedores populares dependen de las personas que transitan por las calles o los medio de transporte público, esto los ha llevado a estar en la calle a pesar de las restricciones de bioseguridad en el marco de la pandemia de la Covid-19 esto sumado a las prohibiciones del código de Convivencia Ciudadana (Ley 1801 de 2016) a generado que les sean aplicadas innumerables multas, es así que a la fecha estos trabajadores tienen registrado en la ciudad 106.825 comparendos por venta en espacio público, lo cual no solo dificulta el trabajo de estos, sino que además afecta la contabilidad de la subcuenta del fondo de seguridad y convivencia porque difícilmente podrán pagar estas multas, pero éstas si se tienen en pendientes por recaudo dentro del Fondo, lo que al final afecta la planeación al tener en cuenta recursos que seguramente no ingresarán.

Algunos afirman a la fecha hay unos 15.000 trabajadores informales que dicen haber recibido alguna orden de comparendo, adicionalmente esta población es la que cuenta con un mayor número de reincidencias.³¹

La realidad es que muchos vendedores no tienen capacidad de pago y por ende no pueden pagar las multas e intereses moratorios, que además son desproporcionados, desconociendo que es un grupo poblacional que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad especial por las condiciones que padecen de años atrás, a pesar de que sus derechos al trabajo, al mínimo vital, a la dignidad humana, a la libre escogencia de profesión u oficio, a la convivencia en el espacio público y a la

²⁸ <https://www.rcnradio.com/bogota/el-hambre-llevo-vendedores-ambulantes-salir-trabajar-pese-cuarentena>

²⁹ https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_geih_informalidad_ene21_mar21.pdf

³⁰ <https://www.eltiempo.com/bogota/numero-de-habitantes-de-bogota-segun-el-censo-del-dane-384540>

³¹ <https://www.portafolio.co/economia/comparendos-en-bogota-80-son-por-violar-la-cuarentena-541607>

confianza legítima han sido reconocidos constitucionalmente y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Es necesario que la Administración adopte una serie de medidas y protocolos para hacer frente al contagio por la COVID-19 y que se exija a la ciudadanía su cumplimiento estricto para disminuir la velocidad de propagación y la letalidad del virus, pero dichas medidas no implican que la Administración no pueda tomar también medidas para contrarrestar los impactos adversos de la cuarentena a la población más vulnerable.

A continuación, se exponen algunas cifras y argumentos sobre el comercio informal en relación a las multas y sanciones, que contribuyen a sustentar la necesidad de aprobar el presente proyecto de acuerdo.

Las cifras del DANE sobre vendedores informales

EL 7,1 % DE PERSONAS OCUPADAS TRABAJAN EN VENTAS AMBULANTES

*Según las estadísticas del DANE



Multas por invadir espacio público:

43.781

*Entre el 2017 y agosto del 2018

REUBICACIONES, A PASO LENTO

*Según la Personería de Bogotá

Vendedores informales reconocidos por el Distrito:

81.596

Los que han recibido un beneficio de reubicación:

5.359

“A nivel nacional, la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2019 del Dane estableció que de 11,7 millones de personas ocupadas, el 7,1 por ciento se dedica a las ventas callejeras, unas 833.000 personas. Y de 4 millones de personas ocupadas en la capital, un 4 por ciento (163.000) ejercerían su trabajo en el espacio público.

A esto se suma el fenómeno surgido por la crisis en Venezuela. Según Migración Colombia, en la capital habría unos 261.000 venezolanos, de los cuales el 23,6 por ciento está en la informalidad.”³²

Las sanciones a los vendedores informales.

³² EL TIEMPO – 26 DE OCTUBRE DE 2019 El debate por las ventas en la calle, más allá de la empanada Por: Milena Sarraalde Duque

“En el 2017, al evaluar las sanciones del Código de Policía, la Corte señaló que el Estado tiene el deber de proteger el espacio público y garantizar que todo colombiano pueda circular libremente por la calle. Pero, el alto tribunal ordenó que para poder multar a un vendedor informal por la “ocupación indebida del espacio público”, que supone una multa de 110.415 pesos, las autoridades deben haberle ofrecido antes alternativas de reubicación o de formalización.

Según la Fundación Ideas para la Paz, entre enero del 2017 y agosto del 2018 se habían impuesto 43.781 multas (el 4 por ciento del total) por ocupar el espacio público en violación de las normas vigentes. Y entre el 24 de abril y el 26 de Octubre de 2019, según la Policía, van 34.024 de estos comparendos.³³

Sin embargo, en medio de la pandemia Entre el 20 de marzo y el 4 de junio de 2020, la Policía impuso un total 138.462 requerimientos y el 80% de los comparendos que se expiden diariamente es por incumplir las normas de aislamiento preventivo obligatorio. El fondo de la iniciativa es únicamente brindar un estímulo a aquellos comerciantes que por necesidad tuvieron que salir a buscar el sustento diario.³⁴

El caso de Bogotá.

“La Personería de Bogotá documentó cómo se están sancionando y quitando los bienes que vende esta población y afirmó que en materia de reubicación, los resultados han sido “de escasa eficacia y mínimo alcance”. En el Instituto para la Economía Social (Ipes) hay 81.597 vendedores informales identificados por el Distrito. De éstos, el 93 por ciento (76.238) nunca recibió un beneficio de reubicación o formalización.

Mientras tanto, las multas por ocupación indebida del espacio público han crecido. Así, dice la Personería, mientras en el 2017 en Bogotá fueron sancionadas 2.291 personas por esta causa, en el 2018 (con corte a julio) iban 9.264. Al evaluar los casos de 2.654 vendedores, la Personería asegura que encontró que por lo menos el 93 por ciento de ellos ya acumulaban dos o más comparendos. Además, 75 vendedores acumulaban 10, y 4 sumaban más de 30. También encontró que en un mismo día 956 personas recibieron dos multas, y a otras las que les impusieron hasta 6,

Antes de esas multas, asegura la Personería, “no se están ofreciendo propuestas de reubicación o alternativas suficientes, viables ni consistentes”. El problema es que las alternativas de reubicación y formalización no alcanzan. La Personería sostiene que la alcaldía ofrece la reubicación en puntos comerciales, kioscos, ferias, la formación e inserción laboral y el emprendimiento, pero no les están llegando a todos y en el Distrito solo hay 3.188 espacios de reubicación.

Por último, el 4 de Abril de 2020 la Personería le solicitó a la administración precisar ayudas para personas de la economía informal.³⁵

³³ Ibidem

³⁴ <https://www.portafolio.co/economia/comparendos-en-bogota-80-son-por-violar-la-cuarentena-541607>

³⁵ <https://www.personeriabogota.gov.co/sala-de-prensa/notas-de-prensa/item/701-personeria-pide-precisar-ayudas-para-personas-de-la-economia-informal>

No solo los vendedores informales han sido afectados por la pandemia, sino que miles de pequeños y medianos comerciantes también han tenido que soportar los efectos de la pandemia y de las cuarentenas necesarias.

Multas a comercios

“Se impondrán sanciones que van desde multas hasta la suspensión temporal o definitiva de la actividad de comercio”

Según cifras de la Policía Nacional, del 17 de marzo al 7 de mayo se han impuesto 1.996 sanciones a los locales comerciales del país que pese a la medida de cuarentena decretada por el Gobierno decidieron desobedecer y abrir sus puertas, sin estar dentro de las excepciones.

Para aquellos comerciantes que no acataron las normas de restricción les impusieron sanciones que van desde multas hasta la suspensión temporal o definitiva de la actividad.

“Todo está regulado a través del Código de Policía, es decir la Ley 1801 de 2016. Las sanciones se hacen a través de un proceso paulatino, no se hace un cierre de establecimiento automáticamente, si no primero se hace un requerimiento por escrito donde se espera que se cumpla con las medidas. Posteriormente, viene el tema de las multas y si la conducta no cesa entonces se habla de un cierre temporal o definitivo, dependiendo del tipo de conducta

....

Desde la Secretaría de Seguridad del Distrito, indicaron que el valor de la multa a los comercios que estén desarrollando cualquier tipo de actividad en medio de la pandemia, está bajo el marco de los comportamientos contrarios a la convivencia, y esa situación se entiende como desacato a una orden de la Policía, establecida en el artículo 35, numeral dos del Código.

En ese caso, la multa sería de tipo cuatro, lo cual equivale a \$936.620. Los comparendos también se imponen en razón del artículo 92, numeral 16, por desarrollar la actividad económica sin cumplir cualquiera de los requisitos establecidos en la normatividad vigente y por incumplir las normas de seguridad o sanidad para el desarrollo de la actividad económica, de acuerdo con su objeto social.

A razón de lo que ocurre en estos momentos, también es importante resaltar que en conformidad con lo dispuesto en los decretos, los diferentes sectores que retomen actividades están obligados a demostrar con un certificado las actividades laborales que realizan, con el fin de que puedan circular sin tener ningún inconveniente.

....

Respecto a los protocolos de bioseguridad igualmente aplican las reglas de establecimiento de comercio de apertura y funcionamiento y si no están cumpliendo con las adecuadas medidas para la atención al público pueden hacerles desde un llamado de atención o llegar a imponerles una sanción.”³⁶

³⁶ La República Hay 1.990 multas a comercios abiertos de forma irregular pese a restricciones. Daniel Rojas Castañeda - drojas@larepublica.com.comartes, 12 de mayo de 2020.

Impactos de la pandemia sobre la economía de Bogotá

Según el Mensaje presupuestal del Proyecto de Presupuesto 2021:

- En el primer semestre de 2020 el PIB de Bogotá presentó una contracción de -7,4% frente al mismo período del año anterior, igual al registrado para el total nacional.
- En Bogotá los sectores con mayor afectación en el primer semestre de 2020 frente al total nacional fueron: actividades artísticas (-22,0%), **Comercio y transporte (-17,0%)**, Industria (-19,3%), y Construcción (-25,0%).
- La tasa de desempleo creció abruptamente en abril y mayo y en septiembre se ubicó, para Bogotá en el 22,0% en el reciente trimestre móvil, 12,0 p.p. mayor que la registrada en el trimestre julio-septiembre de 2019, representando una destrucción de cerca de 712 mil puestos de trabajo, llevando muchas más personas a la economía informal.
- **Respecto a lo anterior según la Cámara de Comercio de Bogotá podemos evidenciar que debido a la crisis del covid-19, en el 2020 un total de 53.291 empresas de la capital tuvieron que cerrar, el año finalizó con 387.784, lo cual representó un -12% si se compara con cifras 441.075 del año 2019.**
- **Por otro lado, la creación de empresa en Bogotá sufrió una caída del 21% a causa de la pandemia, en 2020 tan solo se crearon 61.958 compañías mientras que en el 2019 fueron 78.398 sociedades nuevas, es decir 16.440 empresas menos.**
- **La crisis del mercado laboral ha afectado principalmente a las mujeres (27,4%), los jóvenes (30,8%), al igual que los trabajadores informales y con menores niveles de educación.**
- **Uno de los efectos más negativos de la emergencia COVID-19 ha sido el aumento en la tasa de pobreza monetaria.**
- Estimaciones preliminares de la Secretaría Distrital de Planeación - SDP indican que la pobreza monetaria en 2020 en Bogotá podría aumentar 3,6 puntos porcentuales, lo que significa que 300 mil personas (alrededor de 88 mil hogares) quedarían en condiciones de pobreza.
- Adicionalmente, 319 mil personas no pobres y no vulnerables (alrededor de 114 mil hogares) entraron en condiciones de vulnerabilidad.
- Con respecto a los efectos de la pandemia en la salud y en la vida de los bogotanos, según cifras del DANE, el 83% de los fallecimientos ocurrieron en personas mayores de 55 años, principalmente hombres (64%). Discriminado por el nivel socioeconómico, se tiene que el 90% de los fallecidos pertenecían a los estratos 1, 2 y 3.

4. FUNDAMENTO JURÍDICO

4.1 De Orden Constitucional:

- **Constitución Política De Colombia**

ARTÍCULO 1o. 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 2o. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

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

ARTÍCULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ARTÍCULO 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 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos: 3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

4.2 De Orden Legal:

- **Decreto 111 de 1996**

ARTÍCULO 27. Los ingresos corrientes se clasificarán en tributarios y no tributarios. Los ingresos tributarios se subclasificarán en impuestos directos e indirectos, y los ingresos no tributarios comprenderán las tasas y las multas (L. 38/89, art. 20; L. 179/94, art. 55, inc. 10, y arts. 67 y 71). (Expresión subrayada declarada EXEQUIBLE, mediante Sentencia de la Corte Constitucional C-208 de 2003)

- **Código Nacional De Policía- Ley 1801 de 2016**

ARTÍCULO 180. MULTAS. <Artículo corregido por el artículo 13 del Decreto 555 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Es la imposición del pago de una suma de dinero en moneda colombiana, cuya graduación depende del comportamiento realizado, según la cual varía el monto de la multa. Así mismo, la desobediencia, resistencia, desacato, o reiteración del comportamiento contrario a la convivencia, incrementará el valor de la multa, sin perjuicio de los intereses causados y el costo del cobro coactivo.

ARTÍCULO 182. CONSECUENCIAS POR MORA EN EL PAGO DE MULTAS. El no pago de la multa dentro del primer mes dará lugar al cobro de intereses equivalentes al interés moratorio tributario vigente. Así mismo se reportará el Registro Nacional de Medidas Correctivas, el cual será consultado por las entidades públicas, de conformidad con las normas vigentes.

Si transcurridos noventa días desde la imposición de la multa sin que esta hubiera sido pagada se procederá al cobro coactivo, incluyendo sus intereses por mora y costos del cobro coactivo.

ARTÍCULO 183. CONSECUENCIAS POR EL NO PAGO DE MULTAS. Si transcurridos seis meses desde la fecha de imposición de la multa, esta no ha sido pagada con sus debidos intereses, hasta tanto no se ponga al día, la persona no podrá:

1. Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
2. Ser nombrado o ascendido en cargo público.
3. Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
4. Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
5. Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.

Las autoridades responsables de adelantar los trámites establecidos en el presente artículo deberán verificar que la persona que solicita el trámite se encuentra al día en el pago de las multas establecidas en el presente Código. Los servidores públicos que omitan esta verificación incurrirán en falta grave y a los que no ostenten esta calidad se les aplicará la multa tipo 4.

PARÁGRAFO. El cobro coactivo de que trata la presente ley se regulará por lo dispuesto en el artículo 100, numeral 2 de la Ley 1437 de 2011.

- **DECRETO 777 DE 2019 Por Medio del Cual se Reglamenta el Estatuto Orgánico del Presupuesto Distrital y se Dictan Otras Disposiciones**

Artículo 3. De la composición del presupuesto anual del Distrito. El presupuesto anual del Distrito Capital se compone de: rentas e ingresos, gastos y disposiciones generales. Las rentas e ingresos del Presupuesto Anual del Distrito Capital contendrán, entre otros, la estimación de los ingresos corrientes, las transferencias, las contribuciones parafiscales y los recursos de capital de la administración central y de los establecimientos públicos distritales.

Los ingresos corrientes se clasifican en tributarios y no tributarios. Los ingresos tributarios corresponden a los impuestos directos e indirectos, y los ingresos no tributarios comprenden las tasas y derechos administrativos, contribuciones, derechos por monopolios, multas, venta de bienes y servicios, compensación en dinero por cargas urbanísticas, y otros de la misma naturaleza.

- **LEY 2069 del 31 de diciembre de 2020:**

ARTÍCULO 29. MULTAS COVID-19. Con el fin de impulsar la demanda y reactivación del tejido empresarial a través del consumo, a partir de la promulgación de la presente ley, por única vez y hasta el 30 de junio de 2021, todas las personas naturales infractoras de las normas del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, decretos del orden nacional, departamental, municipal o distrital, dictados a fin de contener la pandemia de la Covid-19, que tengan pendiente el pago de las multas, estén pagando o hayan incumplido acuerdos de pago por contravenciones impuestas hasta el 31 de agosto de 2020, fecha en que finalizó el aislamiento preventivo obligatorio, podrán acogerse a un descuento de hasta el sesenta por ciento (60%) del total de su deuda y del cien por ciento (100%) de sus respectivos intereses, conforme lo reglamente cada entidad departamental, municipal o distrital.

PARÁGRAFO PRIMERO. Quienes suscriban acuerdos de pago dentro del término previsto en este artículo, contarán con un plazo de hasta un (1) año contado a partir de la fecha de suscripción del acuerdo para pagar lo debido, y para lo cual, las autoridades correspondientes aplicarán lo dispuesto en sus manuales de cartera. Quienes incumplan con una sola de las cuotas pactadas, perderán el beneficio de la amnistía y la autoridad correspondiente iniciará la ejecución por la totalidad de lo adeudado.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Los beneficios de que trata la presente ley no se reconocerán ni se concederán a aquellas personas infractoras de las normas de tránsito y transporte.

Análisis de viabilidad jurídica.

La recepción económica de las multas al igual que en el Estado, se encuentra reglado por el Decreto 1179 de 1997, según el Artículo Primero (1º) "De conformidad con el principio de Unidad de Caja, con el recaudo de todas las rentas y recursos de capital se atenderá el pago oportuno de las apropiaciones autorizadas en el Presupuesto Anual del Distrito Capital, salvo las excepciones contempladas en la Ley.

"Para tal efecto, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 714 de 1996, se entiende por Cuenta Única Distrital el mecanismo contable y operativo a través del cual la Dirección Distrital de Tesorería lleva a cabo el manejo de los recursos de los Órganos y Entidades que hacen parte del Presupuesto Anual del Distrito Capital."

El Decreto Distrital 216 de 2017, "Por el cual se reglamentan el Decreto 714 de 1996, Estatuto Orgánico de Presupuesto Distrital y se dictan otras disposiciones", estableció:

“ARTÍCULO 5°. Cuenta Única Distrital. En desarrollo del principio presupuestal de Unidad de Caja, la Secretaría Distrital de Hacienda, por medio de la Dirección Distrital de Tesorería aplicará el mecanismo de Cuenta Única Distrital mediante el cual debe recaudar, administrar, invertir, pagar, trasladar y/o disponer los recursos correspondientes al Presupuesto Anual del Distrito Capital y los Fondos de Desarrollo Local.

El pago o traslado de recursos se realizará según las apropiaciones y el Programa Anual Mensualizado de Caja - PAC”

“ARTÍCULO 6°. Recaudo y legalización de ingresos. La Secretaría Distrital de Hacienda a través de la Dirección Distrital de Tesorería, recaudará directamente o mediante contratos o convenios con entidades del sector financiero, los ingresos corrientes tributarios y no tributarios, los recursos de capital y las transferencias nacionales y territoriales, a favor del Distrito Capital.”

Así las cosas, se observa que corresponde a la Dirección Distrital de Tesorería recaudar los ingresos corrientes, tanto tributarios, como no tributarios, dentro de los cuales se encuentran las multas.

En el preámbulo del Decreto Nacional 1284 de 2017, en su preámbulo indica:

“Que le corresponde a las autoridades departamentales, distritales y municipales la obligación de inscribir en el Registro Nacional de Medidas Correctivas, las medidas correctivas impuestas a las personas naturales y jurídicas de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1801 de 2016, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su imposición o del comparendo según sea el caso, así como los respectivos cumplimientos.

(...) en lo relacionado con el recaudo y administración del dinero por concepto de multas, el presente decreto establecerá que los recursos provenientes de las multas del Código Nacional de Policía y Convivencia ingresarán al Fondo Territorial de Seguridad y Convivencia Ciudadana (FONSET), en cuenta independiente dispuesta por las administraciones Distritales y Municipales.” agregando que “... , se hace necesario disponer la normal aplicación de la medida correctiva de Multa, por lo que a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto aquella se impondrá bajo los parámetros y condiciones contemplados en la Ley.”

Con el Artículo 2.2.8.1.4.- les dio una destinación específica a las autoridades distritales señalándoles que podrán “... financiar los espacios físicos para la recepción y atención de quejas, peticiones denuncias, reclamos, sugerencias y reconocimientos en las instalaciones de la Policía Nacional, teniendo como base, los términos que sobre infraestructura establezca dicha Institución. E indica la disposición que “..., todos los recursos que se obtengan por concepto de las multas generadas por la aplicación del Código Nacional de Policía y Convivencia, incluidas las relacionadas con la infracción a disposiciones urbanísticas y del espacio público, a que se refiere el numeral 4 del artículo 88 de Decreto Ley 1421 de 1993, en concordancia con el artículo 91 ibídem, se les debe dar la destinación específica señalada en la ley y en el Decreto Nacional 1284 de 2017, ya citado...”

Una parte de las Multas las Delego para los Fondos de Desarrollo Local, en los términos del Artículo 87, para que presten los servicios y desarrolle las obras de competencia, lo puede ejecutar con las

multas y sanciones económicas que son de competencia de la alcaldías locales, las multas a que hace referencia esta parte del Decreto, son las relacionadas en el Artículo 92 del precitado Decreto 1801 de 2016 las consagradas en el Decreto Distrital 854 de 2001, relacionadas con establecimientos de comercio.

A destacar de esta normatividad la tenemos en el Artículo 238 señala que este Código complementa con los reglamentos de Policía y lo hace prevalecer sobre cualquier reglamento de Policía.

Por la misma razón, el artículo 238 de la Ley 1801 de 2016 prescribe que: "(...) Las disposiciones de la presente ley, prevalecen sobre cualquier reglamento de Policía", lo cual excluye el tema del patrimonio de los Fondos de Desarrollo Local, regulado por el Decreto Ley 1421 de 1993, Estatuto Orgánico de Bogotá, desarrollado según lo establecido en el artículo 322 de la Constitución Política de 1991.

En conclusión, podemos inferir que, aunque las multas provengan del Código Nacional de Policía, la Administración Distrital tiene el derecho de disposición sobre los montos recaudados y adeudados, claro está, respetando la destinación específica.

Frente a las condonaciones debemos señalar que de todas las normas tributarias y de condonación tributaria y exenciones, no permiten que se den exoneraciones sin autorización del concejo, incluida la jurisprudencia de la Corte Constitucional que evaluó la situación en momentos de pandemia aceptó la no intervención del Legislativo, pero recrimino este presupuesto y así lo aceptó.

Sin salir las sentencias de constitucionalidad sobre el estudio de los diferentes decretos legislativos en comunicado de prensa de 16 de octubre de 2020, sobre el punto señaló:

"... El artículo 2 fue declarado EXEQUIBLE, en el entendido de que para el ejercicio de las facultades otorgadas a los gobernadores y alcaldes, de que trata dicho artículo, no se puede prescindir, cuando sea del caso, de las autorizaciones de las asambleas departamentales y concejos municipales. La Corte consideró que a diferencia de la segunda emergencia que declaró el Decreto legislativo 637 de 2020, durante la vigencia de la primera emergencia declarada por el Decreto legislativo 417 de 2020 la situación sanitaria derivada del COVID-19 implicaba una dificultad para la reunión de las asambleas departamentales y de los concejos municipales, lo que justificaba que durante su vigencia la reorientación de las rentas de las entidades territoriales no requiriera de la autorización de sus respectivas corporaciones político-administrativas. A juicio de la Corte, como la anterior situación no continuó, el que el Decreto 678 de 2020 no repita esa misma permisión resulta acorde con la Constitución, en el contexto de la segunda emergencia económica..."

La exoneración prendida se puede fundamentar en el Decreto 352 de 2002 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., el cual su Artículo 10. Determina que el Concejo puede hacer Exenciones transitorias. Y a la letra señala:

"El Concejo Distrital sólo podrá otorgar exenciones por plazo limitado, que ningún caso excederán de diez (10) años, todo de conformidad con los planes de desarrollo del Distrito Capital."

Es claro entonces que, aunque la Administración Distrital tiene el derecho de disposición sobre las multas, pero que no le es viable realizar una exoneración sin la aprobación del Concejo de Bogotá y por otra parte tampoco puede el Concejo de Bogotá realizarla sin el consentimiento de la Administración puesto que puede implicar un impacto fiscal.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO

Decreto Ley 1421 de 1993

ARTÍCULO 8o. Funciones generales. El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumplan las autoridades distritales.

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.

.....

ARTÍCULO 13. Iniciativa. Los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los concejales y el alcalde mayor por conducto de sus secretarios, jefes de departamento administrativo o representantes legales de las entidades descentralizadas. El personero, el contralor y las juntas administradoras los pueden presentar en materias relacionadas con sus atribuciones. De conformidad con la respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario. (Subrayado fuera de texto)

6. IMPACTO FISCAL

El Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, establece que *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 y que 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.*

Sin embargo, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, señala con claridad 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”.

De manera que el análisis del impacto fiscal del presente proyecto de acuerdo no se puede convertir en un obstáculo para su trámite y aprobación.

No obstante lo anterior, hay que decir que si el proyecto de acuerdo tiene impacto fiscal, la Secretaría de Hacienda puede adelantar el correspondiente análisis, contribuyendo de esta manera a que el Concejo de Bogotá adelante un estudio juicioso y tome la decisión más conveniente para la ciudad.

7. ARTICULADO

PROYECTO DE ACUERDO No. 444 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN BENEFICIOS ECONÓMICOS PARA LAS Y LOS VENDEDORES POPULARES DEUDORES DE MULTAS E INTERESES, DEBIDO A LA CRISIS GENERADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 8, artículo 12 numeral 1 y artículo 13 del Decreto Ley 1421 de 1993, y el Artículo 180 de la Ley 1801 de 2016.

ACUERDA

Artículo 1. Objeto. Tiene por objeto establecer acciones afirmativas, para beneficiar a las y los comerciantes informales que sean deudores de multas o a quienes se les hayan impuesto órdenes de comparendos tipo 1 y 2 por infracciones al Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana.

Artículo 2. Beneficiarios. Serán beneficiarios del presente acuerdo las personas dedicadas al comercio informal, entiéndase, personas que ejercen el comercio sin registro ante la cámara de comercio, vendedores informales ambulantes, semiestacionarios, estacionarios, periódicos, de transporte urbano, ocasionales o de temporada que sean deudores de multas o a quienes se les hayan impuesto órdenes de comparendos tipo 1 y 2, por infracciones al Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana.

Parágrafo. El Inspector de Policía, de acuerdo a las reglas de la sana crítica, constatará que las personas que apliquen a los beneficios cumplen con los requisitos en el presente acuerdo.

Artículo 3. Beneficios temporales en el pago de multas e intereses moratorios. Todas las personas descritas en el artículo segundo que tengan pendientes el pago de multas por infracciones al Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, podrán reemplazar la totalidad de la multa, hasta el 31 de enero de 2022, por la participación en actividades preservación del medio ambiente, como el reciclaje, descritas en el Decreto 1284 de 2017.

Parágrafo: Estas actividades no deben afectar la capacidad institucional de la Administración Distrital, ni la capacidad económica ni laboral de los beneficiarios del presente acuerdo.

Artículo 4. Beneficios en el caso de las multas que no se encuentran en firme. Todas las personas descritas en el artículo segundo podrán reemplazar la totalidad de las órdenes de comparendos, hasta el 31 de enero de 2022, por la participación en actividades de preservación del medio ambiente, como el reciclaje, descritas en el Decreto 1284 de 2017.

Parágrafo 1. Estas actividades no deben afectar la capacidad institucional de la administración distrital ni la capacidad económica ni laboral de los beneficiarios del presente acuerdo.

Parágrafo 2. El Inspector de Policía, procederá de forma inmediata a cerrar el expediente de Policía en el Registro Nacional de Medidas Correctivas a todas aquellas personas que se acojan al beneficio del presente artículo o que hayan realizado pronto pago o pago total de la multa señalada en el comparendo, cuando se hayan cumplido todas las medidas impuestas o cuando la multa sea la única impuesta.

Artículo 5. Beneficio para vendedores informales. La Administración Distrital en un plazo inferior a 60 días, realizará la devolución de elementos incautados a las personas descritas en el artículo segundo del presente acuerdo.

Parágrafo. Si los vendedores informales a quienes se les haya incautado bienes no perecederos no se presentan a reclamarlos cumplido el año de la vigencia del presente acuerdo, los mismos podrán ser donados a establecimientos de asistencia pública. Este beneficio se extiende a los bienes incautados con anterioridad a la Ley 1801 de 2016. La entrega la harán los inspectores de Policía, que disponga la Secretaría Distrital de Gobierno, en el marco de la normatividad vigente.

Artículo 6. Acceso. La Administración Distrital tomará las medidas necesarias para garantizar el acceso a los beneficiarios de lo establecido en el presente acuerdo a partir de su vigencia y realizará la actualización del Registro Nacional de Medidas Correctivas.

Artículo 7. Medios de pago. La Administración Distrital, en un plazo no mayor a 60 días habilitará medios de pago electrónicos que faciliten el acceso de los deudores de multas del Código Nacional de Seguridad y Convivencia.

Artículo 8. Divulgación. La Administración Distrital implementará una campaña de divulgación e información de los beneficios establecidos en el presente acuerdo.

Artículo 9. Informe de Seguimiento. La Administración Distrital presentará al Concejo de Bogotá un informe sobre el cumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo, antes del 31 de diciembre del presente año.

Artículo 10. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.
Cordialmente,

Luis Carlos Leal Angarita
Concejal De Bogotá
Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO No. 445 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE INTEGRA EL DEPORTE EN LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA, LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DIRIGIDAS A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y LA JUVENTUD EN EL DISTRITO CAPITAL”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto integrar el deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y la juventud en el Distrito Capital. A través de esta iniciativa se pretende rescatar la experiencia obtenida mediante el programa “*En la Juega*”, convirtiéndose en un esfuerzo coordinado, integral y sostenido a largo plazo por parte de la Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia.

II. MARCO JURÍDICO DE LA INCIATIVA

Convenios internacionales:

- **Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad).** Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 45/112 del 14 de diciembre de 1990.

La resolución 45/112 de 1990 establece como principios fundamentales:

1. *La prevención de la delincuencia juvenil es parte esencial de la prevención del delito en la sociedad. Si los jóvenes se dedican a actividades lícitas y socialmente útiles, se orientan hacia la sociedad y enfocan la vida con criterio humanista, pueden adquirir actitudes no criminógenas.*
2. *Para poder prevenir eficazmente la delincuencia juvenil es necesario que toda la sociedad procure un desarrollo armonioso de los adolescentes, y respete y cultive su personalidad a partir de la primera infancia.*

Igualmente, la resolución en materia de prevención general expresa lo siguiente:

9. *Deberán formularse en todos los niveles del gobierno planes generales de prevención que, entre otras cosas, comprendan:*

- a) *Análisis a fondo del problema y reseñas de programas y servicios, facilidades y recursos disponibles;*
- b) *Funciones bien definidas de los organismos, instituciones y personal competentes que se ocupan de actividades preventivas;*
- c) *Mecanismos para la coordinación adecuada de las actividades de prevención entre los organismos gubernamentales y no gubernamentales;*

(...)

33. *Las comunidades deberán adoptar o reforzar una amplia gama de medidas de apoyo comunitario a los jóvenes, incluido el establecimiento de centros de desarrollo comunitario, instalaciones y servicios de recreo, a fin de hacer frente a los problemas especiales de los menores expuestos a riesgo social. Esta forma de ayuda deberá prestarse respetando los derechos individuales.*

- **Declaración de Doha sobre la integración de la prevención del delito y la justicia penal en el marco más amplio del programa de las Naciones Unidas para abordar los problemas sociales y económicos y promover el Estado de Derecho a nivel Nacional e Internacional y la Participación Pública.** Aprobada en el 13º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal, celebrado en Doha (Qatar) en abril de 2015.

La Declaración de Doha en donde los Estados miembros adquieren el compromiso común de defender el estado de derecho y prevenir y combatir la delincuencia en todas sus formas y manifestaciones, hace énfasis en la importancia de la participación de los jóvenes en las iniciativas de prevención del delito.

7. Ponemos de relieve que la educación para todos los niños y jóvenes, incluida la erradicación del analfabetismo, es fundamental para prevenir la delincuencia y la corrupción y promover una cultura de legalidad que propugne el estado de derecho y los derechos humanos y respete al mismo tiempo la identidad cultural. Destacamos también a ese respecto el papel fundamental de la participación de los jóvenes en las iniciativas de prevención del delito. Por lo tanto, procuramos:

(a) Crear un entorno de aprendizaje seguro y positivo en las escuelas, con el apoyo de la comunidad, incluso protegiendo a los niños contra todas las formas de violencia, hostigamiento, acoso escolar, abusos sexuales y uso indebido de drogas, de conformidad con las leyes nacionales;

(b) Incorporar la prevención del delito, la justicia penal y otros aspectos del estado de derecho en nuestros sistemas educativos nacionales;

(c) Incorporar estrategias de prevención del delito y justicia penal en todas las políticas y programas sociales y económicos pertinentes, en particular los que afectan a la juventud, con especial hincapié en los programas centrados en la ampliación de las oportunidades de educación y empleo para jóvenes y adultos jóvenes;

(d) Facilitar el acceso a la educación para todos, incluidas las aptitudes técnicas y profesionales, así como promover las aptitudes de aprendizaje a lo largo de la vida para todos.

- Resolución 74/170 aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2019 - **Integración del deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia y de justicia penal dirigidas a la juventud.**

Dicha resolución hace parte del compromiso de los Estados miembros de las Naciones Unidas de respetar el Estado de Derecho y prevenir y combatir la delincuencia en todas sus formas y manifestaciones. En ese sentido, es importante resaltar de la resolución lo siguiente:

1. *Reafirma que el deporte es un importante facilitador del desarrollo sostenible y reconoce que contribuye cada vez más a hacer realidad el desarrollo, la justicia y la paz promoviendo la tolerancia y el respeto, y que respalda también el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes, las personas y las comunidades, así como los objetivos en materia de salud, educación e inclusión social;*
3. *Alienta a los Estados Miembros a que promuevan la integración del deporte en estrategias, políticas y programas intersectoriales de prevención del delito y justicia penal, cuando proceda y conforme a la legislación nacional, sobre la base de normas, indicadores y parámetros fiables, y a que velen por el seguimiento y la evaluación de esas estrategias, políticas y programas;*
5. *Alienta también a los Estados Miembros a que destaquen y propicien la utilización del deporte como vehículo para promover la prevención del delito y la justicia penal y el estado de derecho, hacer realidad la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, asegurar la participación de todas las personas sin discriminación de ningún tipo y promover la tolerancia, el entendimiento y el respeto, que a su vez fortalecen las sociedades pacíficas e inclusivas;*
8. *Exhorta a los Estados Miembros a que refuercen las medidas de apoyo comunitario a la juventud a fin de hacer frente a los factores de riesgo de la delincuencia y la violencia y alienta a los Estados Miembros a que faciliten instalaciones y programas deportivos y recreativos en ese sentido;*

Constitución Política de Colombia:

Capítulo II. De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales.

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 45. *El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.*

El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

Leyes:

- **Ley 1098 de 2006** “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”.

ARTÍCULO 7o. PROTECCIÓN INTEGRAL. *Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.*

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

ARTÍCULO 8o. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. *Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.*

(...)

ARTÍCULO 19. DERECHO A LA REHABILITACIÓN Y LA RESOCIALIZACIÓN. *Los niños, las niñas y los adolescentes que hayan cometido una infracción a la ley tienen derecho a la rehabilitación y resocialización, mediante planes y programas garantizados por el Estado e implementados por las instituciones y organizaciones que este determine en desarrollo de las correspondientes políticas públicas.*

- **Ley 1453 de 2011 - Ley de Seguridad Ciudadana** “Por medio de la cual se reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad”

Capítulo IV. Medidas para garantizar la seguridad ciudadana relacionadas con el Código de la Infancia y la Adolescencia.

ARTÍCULO 95. Política Pública de Prevención de la Delincuencia Juvenil. *Dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, el Gobierno Nacional, en coordinación con el Consejo Superior de la Judicatura, el Consejo de Política Criminal y Penitenciaria, elaborará bajo un enfoque de derechos la Política Pública de prevención de la delincuencia juvenil con la participación integral y concertada de las instituciones que conforman el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes y la Procuraduría General de la Nación.*

Las organizaciones juveniles registradas y con personería jurídica podrán participar y ser escuchadas en la construcción de la política pública de prevención de la delincuencia juvenil. En desarrollo de la política tratada en este artículo, se establecerán los roles y responsabilidades de las entidades territoriales, las cuales en virtud de los principios constitucionales, de coordinación, concurrencia y subsidiaridad entre los diferentes niveles de la administración pública, destinarán y apropiarán los recursos correspondientes para su implementación.

Parágrafo. *Para efectos de la preparación de la Política Pública de Prevención de la Delincuencia Juvenil se podrá invitar a los organismos multilaterales de los que Colombia hace parte.*

ARTÍCULO 96. Asistencia y rehabilitación de adolescentes. *Los Centros de Atención Especializada contarán con programas pedagógicos y de rehabilitación para los adolescentes internados en ellos y que tengan problemas de drogadicción.*

Los programas de que trata el presente artículo estarán a cargo de profesionales especializados y quienes deberán brindar todos los elementos para la recuperación y resocialización del adolescente

- **Ley Estatutaria 1622 de 2013** “Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones”.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. *Establecer el marco institucional para garantizar a todos los y las jóvenes el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil en los ámbitos, civil o personal, social y público, el goce efectivo de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno y lo ratificado en los Tratados Internacionales, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización, protección y sostenibilidad; y para el fortalecimiento de sus capacidades y condiciones de igualdad de acceso que faciliten su participación e incidencia en la vida social, económica, cultural y democrática del país.*

ARTÍCULO 8o. MEDIDAS DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS Y LAS JÓVENES. *El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:*

(...)

Medidas de Promoción:

15. *El Estado promoverá políticas, planes y proyectos desde el enfoque de seguridad humana y diferencial que promuevan la convivencia y la paz. En este sentido impulsará la creación de espacios para la participación de las juventudes en la construcción de una cultura de paz.*

Normatividad Distrital:

- **ACUERDO 637 DE 2016** “Por el cual se crean el Sector Administrativo de Seguridad, Convivencia y Justicia, la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, se modifica parcialmente el Acuerdo Distrital 257 de 2006 y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 2. Misión del sector de Seguridad, Convivencia y Justicia. *El sector administrativo de Seguridad, Convivencia y Justicia tiene la misión de liderar, planear y orientar la formulación, la adopción, la ejecución, la evaluación y el seguimiento de las políticas públicas, los planes, los programas y proyectos, las acciones y las estrategias en materia de seguridad ciudadana, convivencia, acceso a la justicia, orden público, prevención del delito, las contravenciones y conflictividades, y la coordinación de los servicios de emergencias en el Distrito Capital en el marco del primer respondiente.*

(...)

Artículo 5. Funciones básicas de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia.

(...)

a. Liderar, orientar y coordinar la formulación, la adopción y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a garantizar la convivencia y la seguridad ciudadana y la preservación del orden público en la ciudad.

b. Liderar, orientar y coordinar con las entidades distritales competentes, el diseño, la formulación, la adopción y la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos de prevención y cultura ciudadana que promuevan la convivencia, la resolución pacífica de conflictos y el cumplimiento de la ley.

q. Liderar, orientar y coordinar las alianzas estratégicas con las comunidades, el sector privado y las entidades del orden distrital, territorial y Nacional, orientadas a la convivencia, la prevención del delito, la seguridad ciudadana y el acceso a la justicia.

- **DECRETO 657 DE 2011** “Por el cual se adopta la Política Pública Distrital de Convivencia y Seguridad Ciudadana y se armonizan los procedimientos y mecanismos para la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes integrales de convivencia y seguridad ciudadana –PICS- del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”.

TÍTULO II**DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA****CAPÍTULO I****PROPÓSITO Y ENFOQUES**

Artículo 20.- Enfoque para los niños, las niñas y los adolescentes. Se promoverá la formación integral de los niños, las niñas y los adolescentes con el fin de contribuir a su desarrollo físico, psicológico, social y ético. A su vinculación y participación activa en la vida nacional, en lo social, lo económico y lo político. El Distrito garantizará el respeto y promoción de los derechos propios de las/los niños, las niñas y los adolescentes que le permitan participar plenamente en el mantenimiento de la seguridad y convivencia.

Este enfoque tendrá en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Generar oportunidades, espacios de realización e integración al desarrollo social para jóvenes.
2. Impulsar programas de prevención, reeducación y resocialización para infancia y adolescencia involucrada en fenómenos de consumo y venta de estupefacientes, alcoholismo, prostitución, delincuencia e indigencia.

3. Adelantar una intervención integral centrada en los factores y causas generadoras de las adicciones y articular las acciones interinstitucionales requeridas para el manejo, tratamiento y superación de la dependencia y sus secuelas conexas generadas por el hábito del consumo.

4. Fortalecer las relaciones entre los jóvenes y la familia a través de la incorporación de los valores y comportamientos democráticos que favorezcan la igualdad entre los géneros y desarrollo de las capacidades de los jóvenes.

5. Ampliar el acceso de la infancia y adolescencia a los bienes y servicios ofrecidos por el Distrito.

6. Desarrollar esquemas que faciliten un diálogo intergeneracional constructivo con la infancia y la adolescencia incluyendo procesos de formación de adultos.

7. Desarrollar esquemas de orientación para la aceptación social de los grupos de infancia y adolescencia con el fin de que se constituyan en ámbitos de formación de y para la infancia y adolescencia.

8. Realizar procesos de formación comunitaria para que la infancia y adolescencia de las localidades asuman sus responsabilidades cívicas y se desarrollen identidades colectivas de base territorial local, de forma que se contribuyan a generar un sentido de pertenencia a lo local y lo distrital y a construir proyectos de vida colectivos.

- **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, D.C.”

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 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.

Capítulo II. Estructura de la Política Pública

Artículo 8º. Eje estructural. Movilización de redes sociales.

Objetivo. Movilización de redes comunitarias e institucionales que promuevan la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de los riesgos y daños asociados.

El eje estructural está integrado por las siguientes líneas estratégicas de acción:

Línea Estratégica 1. *Construcción participativa de estrategias para el desarrollo de procesos de prevención en territorio, que involucren a los diferentes sectores de la comunidad.*

Línea Estratégica 2. *Vinculación en los procesos preventivos a familias y personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado y formación de niños, niñas y adolescentes.*

- **DECRETO 520 DE 2011** "Por medio del cual se adopta la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá, D.C."

Artículo 2°. Concepto. *La Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá, Distrito Capital, es el conjunto de principios, decisiones y acciones estratégicas lideradas por el Estado, en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, que busca reconocer, garantizar las condiciones, prevenir situaciones que amenacen el ejercicio de los derechos y realizar acciones que restablezcan el ejercicio de los mismos, generando transformaciones sociales que incidan positivamente en la calidad de vida de los niños, las niñas y los/las adolescentes del Distrito Capital.*

- **CONPES Distrital 08 “Política Pública Distrital de Juventud 2019-2030”**

La Política Pública tiene como objetivo general:

El propósito de la política es ampliar las oportunidades individuales y colectivas de las juventudes para que puedan elegir lo que quieren ser y hacer hacia la construcción de proyectos de vida, que permitan el ejercicio pleno de su ciudadanía, que generen beneficio personal y de la sociedad, a través del mejoramiento del conjunto de acciones institucionales y el fortalecimiento de sus entornos relacionales: familiar, social, educativo, virtual y público.

Igualmente, la Política Pública Distrital de Juventud establece como objetivos específicos:

Objetivo específico 4. *Garantizar la atención integral y diferencial en salud para las juventudes, que promueva el cuidado y el autocuidado para la prevención y tratamiento de los eventos de salud física y mental.*

Resultado Esperado 4.3. *Jóvenes con habilidades para tomar decisiones conscientes frente a los factores asociados al consumo de SPA.*

(...)

Objetivo específico 6. *Garantizar entornos seguros para que, los y las jóvenes, puedan convivir, acceder a la justicia y contribuir a la construcción de la cultura de Paz.*

Productos asociados al resultado 6.1.

6.1.1. *Jóvenes beneficiarios de la estrategia de prevención de violencias y conflictos que involucren al arte, la cultura, el deporte y la recreación para prevenir vulneraciones de derechos.*

6.1.2. Jóvenes atendidos en la estrategia de prevención del delito juvenil.

III. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

“El deporte es una herramienta para la paz y para fomentar la tolerancia y el respeto, también apoya el empoderamiento de las personas y las comunidades”

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Deporte para el desarrollo y la prevención criminal

Según las Naciones Unidas, la violencia es un problema de salud pública, de derechos humanos y de desarrollo humano, puesto que este fenómeno presenta los siguientes datos y cifras³⁷:

- Produce 1,4 millones de muertos al año en el mundo, más de 3.800 muertes al día.
- El 90% de las muertes debidas a la violencia se producen en países de ingresos bajos y medios, y dentro de cada país las tasas más elevadas corresponden a quienes viven en las comunidades más pobres.
- La delincuencia causa más muertos que los conflictos armados, en el 2017 el crimen organizado fue responsable del 19% de los homicidios en el mundo (464 mil víctimas de homicidio, 89 mil por conflictos armados y 26 mil por terrorismo), asimismo, el crimen organizado socava el desarrollo socioeconómico y erosiona el estado de derecho en los países.
- Los altos niveles de violencia están asociados con hombres jóvenes, tanto víctimas como los victimarios. La probabilidad de que un niño sea asesinado aumenta junto con su edad en todas las regiones y el periodo entre los 15 y los 29 años es el de mayor riesgo de homicidio a nivel mundial. Por otra parte, alrededor de 87 mil mujeres y niñas fueron asesinadas en el 2017.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), identificó que entre las causas de este fenómeno se encuentran las armas de fuego, las drogas y alcohol, la desigualdad y desempleo e indica que los programas de prevención de la violencia deben centrarse en dar apoyo a los jóvenes y de esta manera evitar que hagan parte de la subcultura de pandillas y del tráfico y consumo de drogas. Adicionalmente, la oficina resalta que la violencia es prevenible y si es posible

³⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 10 datos sobre la prevención de la violencia. 2017. Disponible en Internet: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>

reducir su impacto a través de estrategias o programas tanto escolares como comunitarios de prevención de la violencia centradas en la preparación para la vida y el desarrollo social³⁸.

La agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible le da un lugar relevante al deporte como herramienta para la paz y el fomento de la tolerancia y el respeto, en ese sentido, la UNODC ha lanzado una iniciativa a nivel global para la prevención de la criminalidad en jóvenes denominada “*Juega, Vive*”, dicha iniciativa tiene como base el deporte para lograr el empoderamiento de las comunidades y de los individuos, así como la promoción de la salud, la educación y la inclusión social.

La iniciativa pretende promocionar el deporte y otras actividades relacionadas para prevenir el crimen y crear de manera efectiva capacidad de resiliencia en jóvenes en riesgo. Para minimizar factores de riesgo y maximizar factores protectores en todo lo relacionado con el crimen, la violencia y el uso de drogas, es objetivo fundamental fortalecer las habilidades para la vida de la juventud. Enriqueciendo el conocimiento acerca de las consecuencias del crimen y el abuso de drogas y desarrollando habilidades para la vida, esta iniciativa tiene como finalidad influenciar positivamente los comportamientos y actitudes de los grupos juveniles en riesgo y prevenir así el comportamiento anti-social y de riesgo³⁹.

Figura 1. Factores mediadores entre el programa “*Juega, vive*” y el resultado.



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC).

La iniciativa “*Juega, Vive*”, usando el deporte como medio se centra en el fortalecimiento de habilidades para la vida reduciendo así el consumo de drogas, la delincuencia y la violencia. Las

³⁸ NOTICIAS ONU. La delincuencia causa más muertos que los conflictos armados. 2019. Disponible en Internet: <<https://news.un.org/es/story/2019/07/1458941>>

³⁹ OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC). Prevención del crimen a través del deporte: En prevención de la criminalidad juvenil a través de programas deportivos y entrenamiento de habilidades para la vida. Disponible en Internet: <https://www.unodc.org/documents/dohadecclaration/Sports/infosheet/info_sheet_Sports_ES.pdf>

Naciones Unidas han reconocido que los deportes y la actividad física tienen el poder de cambiar las percepciones, contrarrestar los prejuicios y mejorar los comportamientos, así como de inspirar a las personas⁴⁰, y a partir del lanzamiento de dicha iniciativa la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 74/170 del 18 de diciembre de 2019⁴¹ ha presentado varias consideraciones las cuales son importantes mencionar:

1. Reafirma que el deporte es un importante facilitador del desarrollo sostenible y reconoce que contribuye cada vez más a hacer realidad el desarrollo, la justicia y la paz promoviendo la tolerancia y el respeto, y que respalda también el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes, las personas y las comunidades, así como los objetivos en materia de salud, educación e inclusión social;

(...)

8. Exhorta a los Estados Miembros a que refuercen las medidas de apoyo comunitario a la juventud a fin de hacer frente a los factores de riesgo de la delincuencia y la violencia y alienta a los Estados Miembros a que faciliten instalaciones y programas deportivos y recreativos en ese sentido;

9. Alienta a los Estados Miembros a que, en cooperación con las partes interesadas pertinentes, utilicen más ampliamente las actividades deportivas para promover la prevención de la delincuencia juvenil a nivel primario, secundario y terciario y propiciar la reinserción social de los jóvenes infractores, así como para prevenir la reincidencia, y a que, a ese respecto, promuevan y faciliten la investigación, el seguimiento y la evaluación eficaces de las iniciativas pertinentes.

10. Invita a los Estados Miembros a que consideren la posibilidad de elaborar marcos normativos claros dentro de los cuales se puedan llevar adelante iniciativas basadas en el deporte para lograr cambios positivos en los ámbitos de la prevención del delito y la justicia penal;

En virtud de las consideraciones de las Naciones Unidas y sobre la base de la iniciativa global “*Juega, Vive*” impulsado por la UNODC, el presente Proyecto de Acuerdo busca promover a través del deporte la capacidad de resiliencia y fortalecer habilidades cognitivas, sociales, emocionales y de pensamiento en niños, niñas, adolescentes y la juventud frente a la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas en el Distrito desde un abordaje intersectorial, integral y articulado, pues como se evidenciará, actualmente las acciones para la prevención del delito que utilizan el deporte como medio para la prevención de la delincuencia juvenil en la capital se realizan de manera aislada y de forma no continua por parte de las entidades del Distrito y sin un componente de impacto, evaluación o seguimiento.

⁴⁰ OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC). Manual del instructor: preparación para la vida mediante el deporte para prevenir la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas. Disponible en Internet: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/LineupliveupManuals/17-05792_Manual_S_eBook.pdf>

⁴¹ Disponible en Internet: <<https://undocs.org/es/A/RES/74/170>>

Los niños, niñas, adolescentes y la juventud en la seguridad y convivencia

Examinando la situación actual de la juventud en el mundo encontramos que según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2019 la tasa mundial de desempleo juvenil alcanzaba un 13,6% y era más alta que la de cualquier otro colectivo, en ese entonces, 267 millones de jóvenes en el mundo no trabajaban ni recibían educación o formación profesional y ahora “la crisis de la COVID-19 afecta a los jóvenes de forma cada vez más rápida e intensa (...) los jóvenes son los que más padecen las consecuencias sociales y económicas de la pandemia, y corren el riesgo de tener que seguir haciendo frente a los efectos de la misma a lo largo de toda su vida laboral, y de pasar a constituir una «generación de confinamiento»⁴², más de cuatro de cada diez jóvenes empleados en el mundo, trabajaban en los sectores más afectados al comenzar la crisis y el 77% de los jóvenes trabajadores en el mundo tenían un empleo en el sector informal.

“Los jóvenes se ven afectados de forma desproporcionada por la crisis de la COVID-19 y padecen sus consecuencias adversas en varios ámbitos, en particular, interrupción de sus programas educativos o de formación, pérdida de empleo y de ingresos, y mayores dificultades para encontrar trabajo.

(...)

En una nueva encuesta a escala mundial realizada por la OIT y varios asociados de la Iniciativa Global sobre Empleo Decente para los Jóvenes, se pone de manifiesto que más de uno de cada seis jóvenes encuestados ha dejado de trabajar desde que surgió la crisis de la COVID-19⁴³.

Por lo anterior, el director general de la OIT Guy Ryder aseveró que, si no se toman medidas inmediatas y significativas para mejorar la situación de ese grupo de población, el COVID-19 afectará durante décadas a toda la sociedad, “si su talento y energía son marginados por falta de oportunidades o de competencias, esto ocasionará un daño al futuro de todos nosotros y hará que sea mucho más difícil reconstruir una mejor economía post-COVID⁴⁴.”

La juventud de Bogotá no es ajena a las consecuencias económicas y sociales de la pandemia de la COVID-19, el diagnóstico de oportunidades para los jóvenes del Plan de Desarrollo Distrital detalla que la población de 14 a 18 años que ni estudia ni trabaja asciende a más de 347.000 (el

⁴² ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Los jóvenes y la Covid-19: Efectos en los empleos, la educación, los derechos y el bienestar mental. 2020. Disponible en Internet: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_753054.pdf>

⁴³ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Cuarta edición Estimaciones actualizadas y análisis. 2020. p. 3. Disponible en Internet: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745965.pdf>

⁴⁴ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). OIT: Más de uno de cada seis jóvenes se encuentra sin trabajo a causa de la COVID-19. 27 de mayo de 2020. Disponible en Internet: <

60% proviene de hogares pobres o vulnerables), una cifra alarmante antes y ahora con la pandemia debido a las repercusiones negativas que según el Banco Mundial⁴⁵ son las siguientes:

- La pérdida de años de estudio y experiencia laboral reducen los ingresos, es decir, alguien que es nini hoy, dentro de 20 años, cuando esté en sus mayores años de productividad, es mucho más propenso a tener menos ingresos que quien no lo fue.
- Dificulta los avances en materia de reducción de la desigualdad económica y social.
- Una alta incidencia de los NINIs también tiene efectos sobre delincuencia, adicciones, desintegración social, entre muchos otros riesgos. Por ejemplo, el estudio del Banco Mundial reveló que, en México, entre 2008 y 2013, cuando se triplicaron las tasas de homicidios, también aumentó significativamente la cantidad de NINIs.

En Bogotá, la relación entre NINIs e inseguridad se refleja en la Encuesta de Percepción Ciudadana 2019, la cual indica que una de las acciones del próximo alcalde para el fortalecimiento de la seguridad debe ser fortalecer programas sociales para personas en situación de vulnerabilidad ubicándose en el tercer lugar con el 18%.

Según información de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia brindada mediante respuesta a derecho de petición (Radicado No. 20201000191442), en el año 2019 se capturaron 22.623 jóvenes entre 14 y 28 años correspondiente al 56,3% del total de capturas en el año. El hurto a personas, el hurto a establecimientos comerciales, tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, lesiones personales, porte o tenencia de armas de fuego y violencia intrafamiliar los mayores delitos cometidos por dicha población.

CAPTURAS JOVENES ENTRE 14 Y 28 AÑOS		
Bogotá D.C. - 2019		
TOTAL CAPTURAS: 22.633 , CORRESPONDIENTE AL 56,3 % DEL TOTAL DE CAPTURAS EN EL AÑO		
TITULO CODIGO PENAL	ARTICULO	CAPTURAS
7 DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO ECONÓMICO	ARTÍCULO 239. HURTO PERSONAS	8 063
	ARTÍCULO 239. HURTO ENTIDADES COMERCIALES	3 450
	ARTÍCULO 265. DAÑO EN BIEN AJENO	561
	ARTÍCULO 244. EXTORSIÓN	126
	ARTÍCULO 239. HURTO RESIDENCIAS	112

⁴⁵GRUPO BANCO MUNDIAL. NINIS en América Latina: 20 millones de jóvenes en busca de oportunidades. 2016. Disponible en Internet: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22349/K8423.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>

	ARTÍCULO 239. HURTO AUTOMOTORES	59
	ARTÍCULO 239. HURTO MOTOCICLETAS	34
	ARTÍCULO 266. DAÑO EN BIEN AJENO (CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN)	18
	ARTÍCULO 246. ESTAFA	16
	ARTÍCULO 239. HURTO ABIGEATO	7
	ARTÍCULO 239. HURTO ENTIDADES FINANCIERAS	6
	ARTÍCULO 269A. ACCESO ABUSIVO A UN SISTEMA INFORMÁTICO	4
	ARTÍCULO 269I. HURTO POR MEDIOS INFORMÁTICOS Y SEMEJANTES	4
	ARTÍCULO 263. INVASIÓN DE TIERRA O EDIFICACIONES	2
	ARTÍCULO 269C. INTERCEPTACIÓN DE DATOS INFORMÁTICOS	2
	ARTÍCULO 261. USURPACIÓN DE TIERRAS	2
	ARTÍCULO 249. ABUSO DE CONFIANZA	2
	ARTÍCULO 269B. OBSTACULIZACIÓN ILEGÍTIMA DE SISTEMA INFORMÁTICO O RED DE TELECOMUNICACIÓN	1
	ARTÍCULO 269G. SUPLANTACIÓN DE SITIOS WEB PARA CAPTURAR DATOS PERSONALES	1
13 DE LOS DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA	ARTÍCULO 376. TRÁFICO, FABRICACIÓN O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	3 291
	ARTÍCULO 372. CORRUPCIÓN DE ALIMENTOS, PRODUCTOS MÉDICOS O MATERIAL PROFILÁCTICO	10

	ARTÍCULO 373. IMITACIÓN O SIMULACIÓN DE ALIMENTOS, PRODUCTOS O SUSTANCIAS	3
	ARTÍCULO 381. SUMINISTRO DROGA A MENOR	2
	ARTÍCULO 382. TRÁFICO DE SUSTANCIAS PARA PROCESAMIENTO DE NARCÓTICOS	1
	ARTÍCULO 374. FABRICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE SUSTANCIAS NOCIVAS PARA LA SALUD.	1
1 DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD PERSONAL	ARTÍCULO 111. LESIONES PERSONALES	2219
	ARTÍCULO 103. HOMICIDIO	309
	ARTÍCULO 120. LESIONES CULPOSAS (EN ACCIDENTE DE TRANSITO)	11
	ARTÍCULO 122. ABORTO	2
	ARTÍCULO 104A. FEMINICIDIO	2
	ARTÍCULO 109. HOMICIDIO CULPOSO (EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO)	1
16 DELITOS CONTRA LA EFICAZ Y RECTA IMPARTICIÓN DE JUSTICIA	ARTÍCULO 448. FUGA DE PRESOS	717
	ARTÍCULO 447. RECEPCIÓN	327
	ARTÍCULO 454. FRAUDE A RESOLUCIÓN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA DE POLICÍA	142
12 DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD PÚBLICA	ARTÍCULO 365. FABRICACIÓN, TRÁFICO, PORTE O TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO, ACCESORIOS, PARTES O MUNICIONES	757
	ARTÍCULO 340. CONCIERTO PARA DELINQUIR	205

	ARTÍCULO 366. FABRICACIÓN, TRÁFICO Y PORTE DE ARMAS, MUNICIONES DE USO RESTRINGIDO, DE USO PRIVATIVO DE LAS FUERZAS ARMADAS O EXPLOSIVOS	102
	ARTÍCULO 342. CONCIERTO PARA DELINQUIR (CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN)	48
	ARTÍCULO 346. UTILIZACIÓN ILEGAL DE UNIFORMES E INSIGNIAS	12
	ARTÍCULO 353A. OBSTRUCCION A VIAS PUBLICAS QUE AFECTEN EL ORDEN PUBLICO	10
	ARTÍCULO 359. EMPLEO O LANZAMIENTO DE SUSTANCIAS U OBJETOS PELIGROSOS ARTÍCULO.	4
	ARTÍCULO 347. AMENAZAS	3
	ARTÍCULO 350. INCENDIO	1
	ARTÍCULO 356A. QUIEN TENIENDO PERMISO PARA EL PORTE O TENENCIA DE ARMAS DE FUEGO LA DISPARE SIN QUE OBRE LA NECESIDAD DE DEFENDER UN DERECHO PROPIO O AJENO CONTRA INJUSTA AGRESIÓN ACTUAL O INMINENTE E INEVITABLE DE OTRA MANERA	1
	ARTÍCULO 363. TRÁFICO, TRANSPORTE, Y POSESIÓN DE MATERIALES RADIOACTIVOS O SUSTANCIAS NUCLEARES	1
6 DELITOS CONTRA LA FAMILIA	ARTÍCULO 229. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	710

	ARTÍCULO 233. INASISTENCIA ALIMENTARIA.	13
15 DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	ARTÍCULO 429. VIOLENCIA CONTRA SERVIDOR PÚBLICO	532
	ARTÍCULO 407. COHECHO POR DAR U OFRECER	35
	ARTÍCULO 404. CONCUSIÓN	5
	ARTÍCULO 405. COHECHO PROPIO	1
	ARTÍCULO 426. SIMULACIÓN DE INVESTIDURA O CARGO	1
9 DELITOS CONTRA LA FÉ PÚBLICA	ARTÍCULO 287. FALSEDAD MATERIAL EN DOCUMENTO PÚBLICO	133
	ARTÍCULO 296. FALSEDAD PERSONAL	73
	ARTÍCULO 286. FALSEDAD IDEOLÓGICA EN DOCUMENTO PÚBLICO	44
	ARTÍCULO 274. TRÁFICO DE MONEDA FALSIFICADA	17
	ARTÍCULO 289. FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO	15
	ARTÍCULO 285. FALSEDAD MARCARIA	11
	ARTÍCULO 273. FALSIFICACIÓN DE MONEDA NACIONAL O EXTRANJERA	5
	ARTÍCULO 291. USO DE DOCUMENTO FALSO	3
	ARTÍCULO 279. FALSIFICACIÓN O USO FRAUDULENTO DE SELLO OFICIAL	1
	ARTÍCULO 295. FALSEDAD PARA OBTENER PRUEBA DE HECHO VERDADERO	1
4 DELITOS CONTRA LA LIBERTAD INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES	ARTÍCULO 208. ACCESO CARNAL ABUSIVO CON MENOR DE 14 AÑOS	38
	ARTÍCULO 209. ACTOS SEXUALES CON MENOR DE 14 AÑOS	36

	ARTÍCULO 205. ACCESO CARNAL VIOLENTO	32
	ARTÍCULO 206. ACTO SEXUAL VIOLENTO	9
	ARTÍCULO 211. ACCESO CARNAL VIOLENTO (CIRCUNSTANCIAS AGRAVACIÓN)	7
	ARTÍCULO 211. ACTO SEXUAL VIOLENTO (CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN)	3
	ARTÍCULO 218. PORNOGRAFÍA CON MENORES	3
	ARTÍCULO 211. ACCESO CARNAL ABUSIVO CON MENOR DE 14 AÑOS (CIRCUNSTANCIAS AGRAVACIÓN)	3
	ARTÍCULO 210. ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL ABUSIVO CON INCAPAZ DE RESISTIR	2
	ARTÍCULO 207. ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL EN PERSONA PUESTA EN INCAPACIDAD DE RESISTIR	2
	ARTÍCULO 219 A. UTILIZACIÓN O FACILITACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA OFRECER SERVICIOS SEXUALES DE MENORES	1
	ARTÍCULO 211. ACTOS SEXUALES CON MENOR DE 14 AÑOS (CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN)	1
	ARTÍCULO 213 A. PROXENETISMO CON MENOR DE EDAD	1
3 DELITOS CONTRA LA LIBERTAD INDIVIDUAL Y OTRAS GARANTÍAS	ARTÍCULO 189. VIOLACIÓN DE HABITACIÓN AJENA.	59
	ARTÍCULO 168. SECUESTRO SIMPLE	18

	ARTÍCULO 169. SECUESTRO EXTORSIVO	16
	ARTÍCULO 188D. USO DE MENORES DE EDAD PARA LA COMISIÓN DE DELITOS	7
	ARTÍCULO 182. CONSTREÑIMIENTO ILEGAL	3
	ARTÍCULO 188. TRÁFICO DE MIGRANTES	1
5 DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD MORAL	ARTÍCULO 226. INJURIA POR VÍAS DE HECHO	77
	ARTÍCULO 220. INJURIA	2
	ARTÍCULO 221. CALUMNIA	1
11 DE LOS DELITOS CONTRA LOS RECURSOS NATURALES Y EL MEDIO AMBIENTE	ARTÍCULO 332. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	17
	ARTÍCULO 328. ILÍCITO APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES	8
	ARTÍCULO 339A. MALTRATO ANIMAL	5
	ARTÍCULO 330A. MANEJO ILÍCITO DE ESPECIES EXÓTICAS	1
	ARTÍCULO 331. DAÑOS EN LOS RECURSOS NATURALES	1
10 DELITOS CONTRA EL ORDEN ECONÓMICO Y SOCIAL	ARTÍCULO 327 C. RECEPCIÓN CON BASE A LOS ARTICULOS 327 A Y B	6
	ARTÍCULO 323. LAVADO DE ACTIVOS	4
	ARTÍCULO 312. EJERCICIO ILÍCITO DE ACTIVIDAD MONOPOLÍSTICA DE ARBITRIO RENTÍSTICO	4
	ARTÍCULO 302. PÁNICO ECONÓMICO	1
	ARTÍCULO 303. ILÍCITA EXPLOTACIÓN COMERCIAL	1

8 DE LOS DELITOS CONTRA LOS DERECHOS DE AUTOR	ARTÍCULO 271. DEFRAUDACIÓN A LOS DERECHOS PATRIMONIALES DE AUTOR	9
DELITOS TERMINALES MÓVILES	LEY 1453 (ART. 105. MANIPULACIÓN DE EQUIPOS TERMINALES MÓVILES)	1
2 DELITOS CONTRA PERSONAS Y BIENES PROTEGIDOS POR EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO	ARTÍCULO 138. ACCESO CARNAL VIOLENTO EN PERSONA PROTEGIDA	1
TOTAL	22 633	

Fuente: Cálculos propios con información del Sistema de Información Estadístico Delincuencial y Contravencional SIEDCO - PONAL. Información extraída el día 16/06/2020. Elaborado por la Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos. Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Información sujeta a cambios.

Igualmente, en el año 2019 se impusieron 46.773 comparendos por consumo de sustancias psicoactivas a jóvenes entre los 14 y 28 años.

REPORTE COMPARENDOS POR CONSUMO DE SPA - JOVENES ENTRE 14 Y 28 AÑOS

Bogotá - 2019

ARTICULO	NUMERAL	COMPORTAMIENTO	COMPARENDOS
140	Numeral 7	Consumir bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas o prohibidas en estadios, coliseos, centros deportivos, parques, hospitales, centros de salud y en general, en el espacio público, excepto en las actividades autorizadas por la autoridad competente.	46 161
34	Numeral 3	Consumir bebidas alcohólicas, portar o consumir sustancias psicoactivas incluso la dosis personal- en el espacio público o lugares abiertos al público ubicados dentro del área circundante a la institución o centro educativo de conformidad con el perímetro establecido por el alcalde.	585

33	Numeral 2 Literal C	Consumir sustancias alcohólicas, psicoactivas o prohibidas, no autorizados para su consumo.	27
----	---------------------	---	----

Fuente: Información del Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC - PONAL. Información extraída el día 16/06/2020

Elaborado por la oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos – Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y justicia. Información sujeta a cambios.

Para el 2020, entre enero y noviembre fueron capturados 8.372 jóvenes entre 14 y 28 años correspondiente al 59% del total de capturas en el año (14.179).

**PORCENTAJE CAPTURAS JÓVENES (14 - 28 AÑOS)
BOGOTÁ D.C
Enero - noviembre 2020**

Año	Capturas Jóvenes (14-28 años)	Total de Capturas	% Capturas Jóvenes (14-28 años)
2020	8372	14179	59,0%

Fuente: Información del Sistema de Información Estadístico Delincuencial y Contravencional SIEDCO - PONAL. Información extraída el día 07/12/2020. Elaborado por la Oficina de Información y Estudios Estratégicos. Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Información sujeta a cambios.

**CAPTURA JÓVENES 14 - 28 AÑOS (Porcentaje captura por delito)
BOGOTÁ D.C.
Enero - noviembre 2020**

Circunstancia	Total Capturas por Delito	% Anual
ARTÍCULO 103. HOMICIDIO	240	2,87%
ARTÍCULO 109. HOMICIDIO CULPOSO (EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO)	2	0,02%
ARTÍCULO 111. LESIONES PERSONALES	1413	16,88%
ARTÍCULO 120. LESIONES CULPOSAS (EN ACCIDENTE DE TRANSITO)	3	0,04%
ARTÍCULO 239. HURTO AUTOMOTORES	91	1,09%
ARTÍCULO 239. HURTO ENTIDADES COMERCIALES	1433	17,12%
ARTÍCULO 239. HURTO ENTIDADES FINANCIERAS	2	0,02%

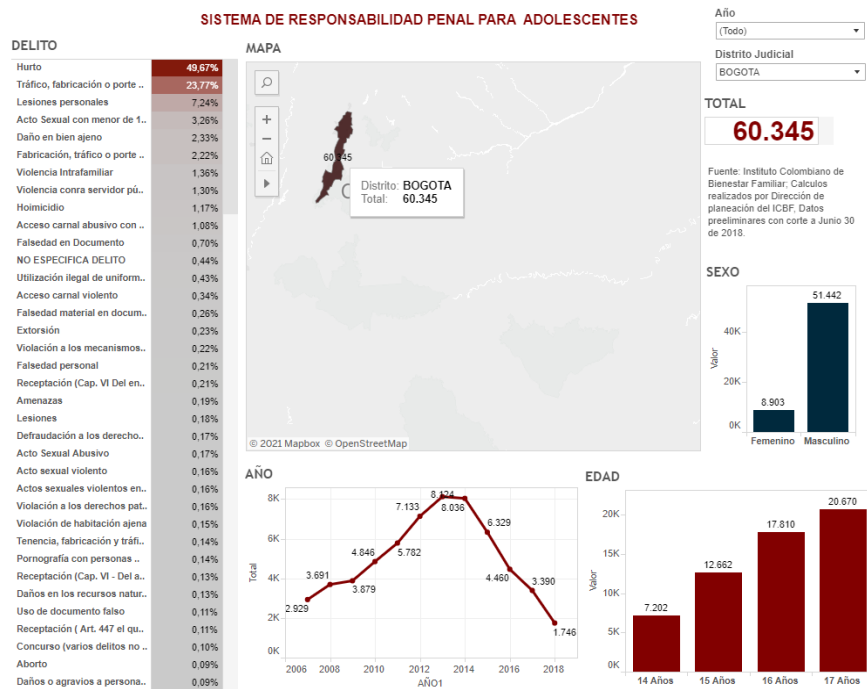
ARTÍCULO 239. HURTO MOTOCICLETAS	43	0,51%
ARTÍCULO 239. HURTO PERSONAS	5057	60,40%
ARTÍCULO 239. HURTO RESIDENCIAS	84	1,00%
ARTÍCULO 269I. HURTO POR MEDIOS INFORMÁTICOS Y SEMEJANTES	4	0,05%
Suma Total	8372	100,00%

Fuente: Información del Sistema de Información Estadístico Delincuencial y Contravencional SIEDCO - PONAL. Información extraída el día 07/12/2020. Elaborado por la Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos. Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Información sujeta a cambios.

Por su parte, según información del Observatorio del Bienestar de la Niñez del ICBF entre los años 2006 y 2018, en Bogotá han ingresado 60.345 adolescentes de 14, 15 ,16 y 17 años en el Sistema de Responsabilidad Penal siendo el hurto (49%) y el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes (23%) los principales delitos cometidos por esta población.

Gráfica 1. Adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) en el Distrito Capital (2006-2018).

Tablero SRPA - Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Ante la magnitud de esta problemática en seguridad y convivencia que vincula a niños, niñas adolescentes y jóvenes, la Secretaría Distrital de Seguridad en el documento Plan Integral de Seguridad Ciudadana, Convivencia y Justicia (PISCCJ), publicado el 30 de junio de 2020 en la página oficial, reconoce que:

Las violencias y delitos que afectan a niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ), como víctimas o como victimarios, son significativos en la perspectiva que son el resultado de una falla de las instancias responsables de promover y acompañar su desarrollo (en la familia, en la educación, en la cultura, en el contexto social, en la oferta estatal integral), de forma tal que los dejó expuestos al riesgo del delito. Un riesgo no detectado o no atendido suficientemente o incluso generado por su propio entorno familiar, social e institucional inmediato.

(...)

Sustentados en la información suministrada por el ICBF, los delitos que más cometen las y los adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA en Bogotá son el hurto (simple y agravado), el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, las lesiones personales y los actos sexuales con menor de 14 años y el acceso carnal abusivo con menor de 14 años; muchos de los adolescentes y jóvenes vinculados por estos delitos provienen de sectores urbanos marginales de las Localidades de Ciudad Bolívar, Suba, San Cristóbal, Kennedy, Usme y Engativá (ICBF, 2019)⁴⁶.

En ese aspecto, la Secretaría de Seguridad mediante un enfoque territorial de lectura del territorio y sus propias dinámicas busca hacer frente a este fenómeno, en donde los Planes Territoriales de Convivencia y Seguridad juegan un papel fundamental al identificar las zonas prioritarias y de esta manera, llevar a cabo las acciones por parte de las entidades del Distrito de forma coordinada. A su vez, la entidad propone la integración de dos perspectivas para entender el territorio: entornos de confianza y zonas de atención prioritaria.

6.4.1. Estrategia micro territorial. La estrategia involucra una mirada del territorio desde dos dimensiones: 1) Interseccionalidad y capacidad de analizar el delito desde realidades poblacionales, buscando ampliar la oferta institucional; y, 2) Impactar a las localidades con acciones preventivas, de cultura ciudadana y de control.

Entornos de Confianza: *A través de una caracterización integral de las problemáticas sociales se busca concentrar la gestión de las instituciones distritales y locales con la participación de los y las ciudadanas para generar entornos de confianza mediante la articulación e implementación de acciones preventivas. En este sentido, la articulación institucional y comunitaria es sustantiva para la creación de entornos de confianza sostenibles, que promuevan la prevención y transformación de las realidades en los territorios a través de la intervención integral.*

⁴⁶ SECRETARÍA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. Plan Integral de Seguridad Ciudadana, Convivencia y Justicia (PISCCJ) de Bogotá 2020 – 2024. p. 86.

Zonas de Atención Prioritaria (ZAP): *En estos territorios se busca entender cuáles son los hilos que se deben cortar para la desactivación de organizaciones delincuenciales. Tienen como estrategia la lectura de las dinámicas delincuenciales que atraviesan los territorios de las localidades e incluso del Distrito Capital y están compuestas por polígonos que se han escogido por la confluencia de factores que afectan la seguridad y la convivencia de determinados grupos poblacionales, que requieren mayor concentración de esfuerzos institucionales para su intervención⁴⁷.*

De acuerdo con lo anterior, la presente iniciativa busca que el deporte como herramienta para la paz sea integrado en dichas estrategias con enfoque territorial y de la propuesta de articulación (institucional y comunitaria) e implementación de acciones preventivas para la creación de entornos de confianza y la transformación de las realidades en los territorios.

Antecedentes de la integración del deporte en la prevención del delito en el Distrito Capital

- **Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia:**

La Cámara de Comercio de Bogotá, la Fundación Barcelona y la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia implementaron en el año 2019 la estrategia “*En la Juega*”, con el fin de promover el deporte (en este caso a través del fútbol) y la actividad física en la adolescencia y la juventud para fortalecer habilidades sociales y emocionales que faciliten una mejor toma de decisiones en la vida cotidiana y que prevengan su participación en conductas violentas y delictivas.

Mediante respuesta a derecho de petición (Radicado No. 20201000191442), la Secretaría informa sobre los componentes de la estrategia:

En la Juega con mis pensamientos, emociones y acciones.

Este primer componente tenía como objetivo fortalecer las capacidades cognitivas y socioemocionales de los NNAJ a través de la terapia cognitivo conductual (TCC) de la psicología como herramienta para aprender a manejar emociones y promover el autorreconocimiento en la toma de decisiones en entornos difíciles. Estas técnicas además desarrollaban varios factores relacionados con habilidades sociales, manejo de emociones y prevención de recaídas (Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007).

Este componente contenía cinco módulos de fortalecimiento de habilidades los cuales son:

- **Emociones:** *en este primer módulo se buscaba que los jóvenes participantes del programa identificaran sus emociones; las características de estas (su carácter natural, función adaptativa, social, capacidad de regulación); los momentos en los que estas se encuentran*

⁴⁷ Ibid. p. 59.

desbordadas; y el cómo regularlas o retornar a la calma de la manera más adaptativa posible. Este módulo procuraba tener un alto impacto en las respuestas impulsivas, guiadas por las emociones de los jóvenes.

- **Pensamientos:** en este segundo módulo se abordaba el centro cognitivo de la intervención. Para esto, se iniciaba con la presentación de la relación Pensamiento Emoción Conducta (PEC). Posteriormente, se presentaban las distorsiones cognitivas (trampas de pensamiento) y la estrategia cognitiva de debate que permitía afrontar las trampas de pensamiento creando nuevas formas de conducta.

- **Comunicación:** Después del trabajo centrado en el conocimiento personal se incluía una perspectiva más amplia que involucra al ser humano, en este caso al joven con su entorno. Es así, como en este módulo se hacía énfasis en los estilos de comunicación que marcan en gran medida la relación que se da con el otro. Así mismo, se motivaba la empatía y comprensión del otro como aspecto fundamental en la prevención del delito.

- **Estrategias de afrontamiento:** Este módulo se enfocaba en la identificación de las crisis y la obtención de estrategias de afrontamiento adaptativas (se hacía un énfasis especial en el carácter mal adaptativo del consumo de sustancias psicoactivas), esto incorporado a un proceso de toma de decisión reflexivo.

- **Establecimiento de valores:** Para cerrar el primer componente se abordaba el tema de valores personales. En este módulo se buscaba que los jóvenes adquirieran mayor claridad sobre sus metas y horizontes bajo los cuáles desean actuar.

De esa manera, la estrategia buscó abordar la prevención de la delincuencia juvenil en los parques de localidades complejas en términos de comisión de delitos, actos de violencia y consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con el análisis del Boletín Mensual de Indicadores de Seguridad y Convivencia, en específico de los datos de Hurto a Personas, el reporte de llamadas al NUSE por riñas y el reporte de llamadas al NUSE por narcóticos incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas en el espacio público. A partir de dicho análisis las localidades con el más alto porcentaje de participación fueron San Cristóbal, Bosa, Engativá, Suba, Kennedy, Los Mártires y Ciudad Bolívar y de enero a octubre de 2019 atendieron a 1.200 niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Cobertura En la Juega 2019

Localidad	Parque	Adolescentes y jóvenes atendidos a corte de 31 de octubre
San Cristóbal	Nueva Delhi	116
Ciudad Bolívar	Domingo Lain	263
Bosa	Porvenir	187
Los Mártires	Santa Fe	161
	Oscar	41
Suba	La Gaitana	121
	La Igualdad	87
Kennedy	La Floresta Sur	52
	Cayetano Cañizares	154
Engativá	Real	108
		1290

Fuente: Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Fecha de corte 31 de octubre de 2019. Información sujeta a cambios por parte de la fuente.

A su vez, es importante mencionar que una de las premisas fundamentales de la estrategia era la concienciación sobre la igualdad de género, la prevención de la violencia contra la mujer y el empoderamiento de las niñas y mujeres, puesto que:

(...) si bien mayoritariamente las capturas y aprensiones por delitos en la ciudad son de hombres jóvenes, las mujeres juegan un rol importante en la dinámica delictiva de la ciudad la cual no puede desconocerse. La participación de la mujer en actos criminales ha sido en Colombia poco estudiada no solo en su fundamentación teórica sino en la práctica de investigaciones científicas en el campo de las ciencias penales (Vizcaino – Guitierrez, 2019) producto del volumen reducido que arrojan las cifras y, sobre todo, porque no se ha percibido como un claro problema social (González H. et al., 2008; Jensen, 1980; Ilanud, 1979; Granda, 2009)⁴⁸.

A pesar de la magnitud de la estrategia, a la pregunta de si la estrategia contemplaba un componente de seguimiento encontramos que la Administración Distrital no ejerció seguimiento a corto y mediano plazo sobre el impacto y la sostenibilidad de las intervenciones a este grupo poblacional. Asimismo, al preguntar si la actual Administración continuaría con la estrategia, la Secretaría Distrital de Seguridad manifestó que la experiencia de “*En la Juega*” sería un insumo adicional en el diseño de intervenciones con la población adolescente y joven, sin embargo, no se ve con claridad la importancia del deporte en la prevención del delito en el documento PISCJ, así como en las metas del Plan de Desarrollo Distrital en materia de Seguridad y Convivencia.

▪ **Secretaría Distrital de Integración Social:**

La Secretaría de Integración Social fijo como meta “*atender al 100% adolescentes y jóvenes con sanciones no privativas de la libertad o en apoyo al restablecimiento en administración de justicia en los centros Forjar, con oportunidades que favorezcan sus proyectos de vida e inclusión social*”, en el marco de dicha meta la Secretaria busca brindar atención integral a adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), en los Centros Forjar de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y Suba en los cuales en el transcurso del 2020 se atendieron en total 362 adolescentes y jóvenes sancionados por diversas conductas tipificadas en el código penal y por consumo recreativo y problemático de sustancias psicoactivas.

De conformidad con las funciones y la misionalidad de la Secretaría, esta celebró convenios de asociación con la Fundación Proceder siglo XXI en los años 2016 y 2017 consistente en una intervención psicosocial en la localidad de Ciudad Bolívar mediante la práctica del fútbol callejero y actividades lúdicas, artísticas y culturales con el objetivo de consolidar entornos seguros y la disminución de factores de riesgo de vinculación en redes de ilegalidad, prevenir la comisión de delitos y la reincidencia de la población juvenil en el SRPA. En el marco de esta intervención se atendieron 360 jóvenes de la localidad.

⁴⁸ SECRETARÍA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA. 2020. Respuesta a derecho de petición. Radicado No.: 20201000191442. Fecha 2020/06/26.

Por otra parte, la Secretaría suscribió el convenio de cooperación No. 8842 del 2019 con la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), la cual contemplaba la formación deportiva con estrategias pedagógicas para el desarrollo integral de los jóvenes.

El componente I del Convenio pretendió la creación de escenarios colectivos para la prevención de violencias, la promoción de la convivencia social, la participación y la transformación de los territorios a través de una intervención pedagógica – deportiva dirigida a cuatrocientos (400) jóvenes de la localidad de Kennedy y quinientos (500) jóvenes en prácticas libres para propiciar escenarios de prevención de violencias, promoción de la convivencia social, participación pacífica, transformación de los territorios y la construcción de vínculos entre la comunidad y los jóvenes.

En este contexto, la propuesta pedagógica deportiva buscó que los adolescentes y jóvenes participantes fortalecieran sus capacidades de cuidado, auto cuidado y habilidades socio emocionales para prevenir y mitigar factores de amenaza o vulneración de derechos, tales como redes ilegales, consumo de sustancias psicoactivas, diferentes tipos de violencias, maternidad y paternidad temprana, ciber abuso, habitabilidad o riesgo de habitar en calle. Asimismo, promovió la integración de la comunidad, afianzando el sentido de pertenencia, el empoderamiento y los lazos de fraternidad intergeneracional de la población en los espacios focalizados⁴⁹.

▪ **Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte**

La Secretaría ha participado activamente en el plan de acción 2017-2020 de la Política Pública de prevención y atención del consumo y la prevención a la vinculación de la oferta de sustancias psicoactivas, a través de programas como “Parques para Todos” ejecutada en conjunto con el IDR, IDARTES y la Secretaría Distrital de Seguridad mediante el cual busco promover acciones de convivencia en 110 parques priorizados y en parques de los entornos escolares que presentaban problemas relacionadas con riñas y consumo de sustancias psicoactivas en 19 localidades.

Los resultados 2018-2019 estuvieron relacionados con el abordaje de 200 parques con avances en los 5 componentes de la estrategia con resultados positivos de la unión de los componentes: adecuación, habitabilidad y sostenibilidad. Se realizaron mediciones a través de la aplicación de la Encuesta sobre parques y elaboración de diagnósticos y la atención de una población alrededor de 300.000 personas, 150 actividades y 296 mesas de trabajo en las que participaron 12.905 personas y 52 memorias sociales elaboradas en el marco de los proyectos de cultura ciudadana alrededor de la convivencia en parques para todos. Se destacan:

-El equipo de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia elaboró 125 diagnósticos situacionales de los entornos de los parques y 48 sondeos de los entornos de los parques con esquema de atención diferencial para revisión de factores físicos de los parques (luminaria - zapatos - basura)

⁴⁹ SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. Respuesta a Derecho de Petición ENT 2020030103. Fecha 2020/12/11.

- Realización de 83 actividades culturales en los parques con esquema de atención diferencial.
- Reactivación y fortalecimiento de 45 instancias de participación ciudadana en inmediación de estos entornos.
- 356 cámaras perimetrales ubicadas en los entornos de los parques
- 133 becas para el fomento de iniciativas ciudadanas de convivencia en parques *Volvamos al Parques, Creación #Parques para todos e Iniciativas culturales para la convivencia 2019: Experiencias culturales para la convivencia en # Parques para Todo*”.
- Aplicación de encuestas para realizar seguimiento al programa, creación de indicadores, producción de información sobre usos, apropiación, frecuencia, valoración, satisfacción y convivencia en los parques.
- En cuanto a la programación, se diseñó un aplicativo ágil para que la comunidad indagara e identificara las actividades programadas en cada parque.

En Bogotá, el índice de convivencia en relación con los parques pasó de **0,5** en 2017 a **0,67** en 2018⁵⁰.

Por su parte, el IDRD tiene como misión generar y fomentar espacios para la recreación, el deporte, la actividad física y la sostenibilidad de los parques y escenarios, mejorando la calidad de vida y la felicidad de los habitantes de Bogotá, en ese sentido, a pesar de que el Instituto y la Secretaría no lideran las estrategias para la prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas, a través de sus programas, proyectos y actividades contribuyen a mitigar indirectamente dichos fenómenos y un ejemplo de ello es el programa *“Escuelas de mi Barrio”*, programa que entre los años 2014-2019 realizó 34.536 actividades o procesos pedagógicos deportivos beneficiado a 1.916.974 niños, niñas y adolescentes de la capital.

En el año 2019, 11.235 niños, niñas y adolescentes fueron beneficiarios del programa *“Escuela de mi Barrio”* generando espacios y fomentado el deporte y la actividad física mediante el fútbol, el taekwondo, fútbol sala, baloncesto, skateboarding, lucha, judo, BMX, rugby, natación, balonmano, patinaje, voleibol, squash, tenis de campo y canotaje.

Adicionalmente, el instituto a ejecutado proyectos de inversión como *“Recreación Vital”* (2008-2012), *“Tiempo libre tiempo activo”* (2012-2016) y *“Recreación activa 365”* (2016-2020), mediante los cuales a brindado alternativas de participación deportiva en los escenarios del Sistema Distrital de Parques.

▪ **Policía Metropolitana de Bogotá**

La institución a través de la Oficina de Prevención y Educación Ciudadana ha llevado a cabo el programa de participación ciudadana *“Jóvenes a lo bien”*, el cual orienta a la población adolescente y joven en aquellos territorios que presentan fenómenos de violencia, acciones delictivas o comportamientos contrarios a la convivencia que colocan en condición de riesgo a esta población.

⁵⁰ SECRETARÍA DISTRITAL DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE. Respuesta a derecho de petición. Radicado No.: 20205000054751. Fecha 23-06-2020.

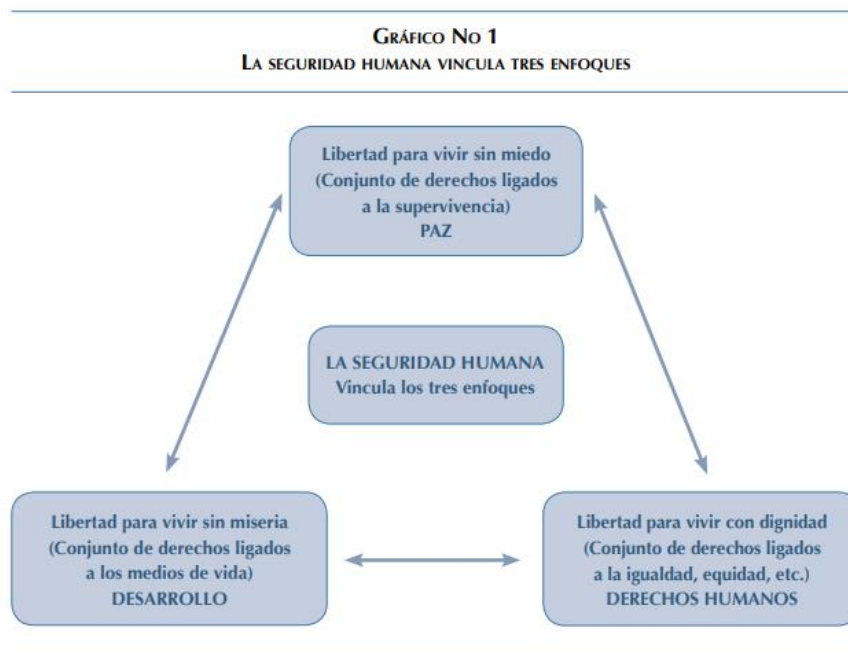
En el marco de este programa uniformados de la institución brindan formación complementaria técnica y tecnológica, lideran procesos de reivindicación cultural y social y la promoción de competencias para el ejercicio efectivo de la ciudadanía activa e incluyente en pro de la convivencia y la seguridad ciudadana.

Igualmente, la institución cuenta con el programa Cívica Infantil y Juvenil orientado a niños, niñas y adolescentes entre 7 y 17 años, programa que tiene como objetivo es lograr la apropiación y respeto por los derechos y deberes establecidos en la constitución política para la construcción de una convivencia pacífica.

Por último, es importante resaltar el programa escolarizado para la prevención del consumo de drogas y la violencia en colegios priorizados en coordinación con la Secretaría de Educación con el ánimo de sensibilizar a niños, niñas y adolescentes de las consecuencias del consumo, tráfico y fabricación de sustancias psicoactivas. En el año 2019 la Policía Nacional intervino 51 colegios con 12.416 niños beneficiados en 13 localidades de la ciudad⁵¹.

Consideraciones finales

Gráfico 2. Enfoques de la Seguridad Humana.



Adaptado de: Mehrnaz Mostafavi, Human Security Unit, OCHA

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) e Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2011).

⁵¹ POLICIA NACIONAL - METROPOLITANA DE BOGOTÁ. Respuesta a derecho de petición. Radicado No. S-2020. 202318/COMAN-ASJUR-1.10. Fecha 23 de junio de 2020.

La integración del deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito es una iniciativa fundamentada en el enfoque de la Seguridad Humana la cual se entiende como la libertad de vivir sin miedo o temor, la libertad de vivir sin miseria o necesidad y la libertad para vivir con dignidad.

La aplicación del concepto de seguridad humana requiere respuestas centradas en las personas, amplias, adaptadas al contexto y preventivas. Tal enfoque ayuda a centrar la atención en las amenazas actuales y nuevas; permite determinar las causas básicas de dichas amenazas; y apoya los sistemas de alerta temprana que ayudan a mitigar los efectos de esas amenazas. Además, ese enfoque promueve respuestas de múltiples interesados que permiten proteger y empoderar a las personas y las comunidades. Esas respuestas tienen como objetivo promover el disfrute de una vida libre del temor y la miseria, de una vida con dignidad⁵².

A partir de la definición de la seguridad humana entendemos que hay un cambio conceptual de la seguridad basado en 5 principios:

1. **Centrado en las personas:** La seguridad humana coloca a las personas y a las comunidades en el centro del análisis u objeto de análisis de la seguridad.
2. **Multisectorialidad:** Las amenazas a la seguridad merecen una comprensión multisectorial y en donde se requiere un abordaje integrado y coordinado.
3. **Integralidad:** La seguridad humana implica respuestas integrales articulando las agendas en seguridad, desarrollo y derechos humanos.
4. **Contextualizado:** Las inseguridades varían dependiendo de los contextos de los territorios y, por ende, se necesitan soluciones contextualizadas y respuestas adecuadas.
5. **Prevención:** La seguridad humana se orienta a la prevención y la formulación de estrategias de protección y empoderamiento.

Por otra parte, este proyecto de acuerdo busca atacar los factores causales o de fondo que influyen en los riesgos de delito y violencia y el consumo de sustancias psicoactivas que en este caso corresponde a los factores individuales (véase figura 1), al respecto la UNODC manifiesta lo siguiente:

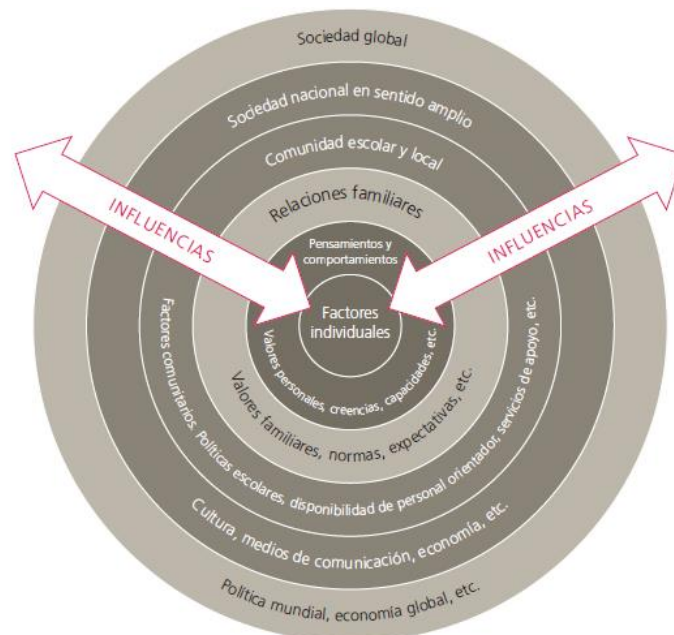
Determinar qué factores están asociados a los diferentes tipos de delitos puede dar lugar a la elaboración de una serie de estrategias y programas para cambiar estos factores y prevenir o reducir la incidencia de tales delitos.*

⁵² FUENTES, Claudia. Seguridad Humana: Referencias Conceptuales y Enfoque Práctico para América Latina. En *Seguridad humana, nuevos enfoques* / Francisco Rojas Aravena, edit. – 1ª. ed. – San José, C.R. :FLACSO, 2012. p. 38. Disponible en Internet: <<https://www.flacso.org/sites/default/files/Documentos/libros/secretaria-general/Seguridad%20Humana.pdf>>

* “Factores de riesgo” es un término empleado especialmente en la esfera de la prevención con miras al desarrollo que denota las características que influyen en las personas o los tipos de delitos.

Estos factores causales o de fondo se denominan a menudo factores de riesgo. Se trata en particular de las alteraciones y tendencias mundiales que afectan a las condiciones sociales y económicas de regiones y países, los factores que influyen en los distintos países y entornos y comunidades locales, los relacionados con la familia y los parientes cercanos, y los que afectan a los individuos⁵³.

Figura 2. Factores que influyen en los riesgos de delito y violencia.



^a Adaptado de Ann Masten y Jenifer Powell, "A resiliency framework for research, policy and practice:" en *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Suniya Luthar, ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 2003), págs. 1 a 29. El modelo ecológico de la Organización Mundial de la Salud para la comprensión de la violencia también hace hincapié en los factores sociales, comunitarios, de relaciones e individuales [véase Etienne G. Krug y otros, eds., Informe mundial sobre la violencia y la salud (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002), pág. 12].

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Además, de acuerdo con el manual para la aplicación de las directrices para la prevención del delito de la UNODC, esta iniciativa está enfocada en la prevención del delito de base local o comunitaria, es decir:

(...) en lugar de dirigirse a individuos, se destina a zonas donde el riesgo de caer en la delincuencia o de ser víctima de ella es alto. Esto incluye áreas con elevados niveles de carencia, tanto en lo referente a infraestructuras, servicios y bienes materiales como a falta de

⁵³ OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC). Manual sobre la aplicación eficaz de las directrices para la prevención del delito. 2011. p. 10. Disponible en Internet: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_on_the_Crime_Prevention_Guidelines_Spanish.pdf>

cohesión comunitaria. También puede incluir los barrios de tugurios o los asentamientos irregulares, o proyectos relativos a viviendas en centros urbanos o en los suburbios, áreas donde a menudo se concentran los problemas económicos y sociales.

Estos programas tienen por objeto aumentar la sensación de seguridad y protección de los componentes de determinadas comunidades, responder a las preocupaciones y problemas de delincuencia comunitarios que afecten a la población y aumentar los servicios, así como el capital o la cohesión social en la comunidad. Por “capital social” se suele entender la red de relaciones sociales, confianza mutua y valores compartidos, solidaridad comunitaria o sentido de identidad cívica que existe en un barrio⁵⁴.

Igualmente, en el artículo 2° se tiene en cuenta los tiempos en la aplicación de las estrategias de prevención del delito conocidas como prevención primaria, secundaria y terciaria y definidas por la UNODC así:

Por prevención primaria se entiende los programas o iniciativas destinados a las personas que nunca se han visto implicadas en el sistema de justicia penal, por ejemplo, los programas para educar o alertar al público en general o a los jóvenes sobre la violencia o el acoso en las escuelas.

La prevención secundaria tiene que ver con los programas dirigidos especialmente a los niños y jóvenes que, previa determinación de los servicios sociales o los sistemas de educación y justicia, corran el riesgo de verse implicados en actos delictivos.

La prevención terciaria se refiere a los programas destinados a las personas ya incursas en el sistema de justicia penal y/o que van a reinserirse en la comunidad, y tiene como fin prevenir la reincidencia⁵⁵.

Para finalizar, como se observa en los antecedentes, las distintas entidades del Distrito poseen una amplia experiencia en la realización de proyectos, programas y actividades que promueven el deporte y la actividad física para el desarrollo integral de nuestros niños, niñas, adolescentes y la juventud, sin embargo, esta no ha sido una política Distrital a largo plazo, se ha desarrollado de forma aislada, en varios casos con un impacto indirecto frente a la problemática de la delincuencia juvenil, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas y con diferentes componentes de atención sin la dirección de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia quien es la encargada de liderar, planear e implementar la política pública en seguridad, convivencia, justicia y prevención del delito. Por esta razón, considero que dicha experiencia de las entidades del Distrito y en particular la experiencia obtenida a través del programa “*En la Juega*” debe convertirse en un esfuerzo integrado, coordinado y sostenido a largo plazo por las entidades competentes de la Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Seguridad.

⁵⁴ Ibid. p. 13.

⁵⁵ Ibid. p. 17.

IV. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El artículo 313 de la Constitución Política establece las funciones de los concejos:

1. *Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio.*

El Estatuto Orgánico de Bogotá, Decreto Ley 1421 de 1993 establece:

“ARTÍCULO 13. Iniciativa. *Los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los concejales y el alcalde mayor por conducto de sus secretarios, jefes de departamento administrativo o representantes legales de las entidades descentralizadas. El personero, el contralor y las juntas administradoras los pueden presentar en materias relacionadas con sus atribuciones. De conformidad con la respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario”.*

Finalmente, el Acuerdo 741 de 2019 Reglamento Interno Concejo de Bogotá D.C. establece:

“ARTÍCULO 34. Comisión Segunda Permanente de Gobierno

Es la encargada de ejercer la función normativa y de control político al cumplimiento de los objetivos misionales de los sectores administrativos de: Educación; Integración Social; Gestión Pública; Gobierno; Seguridad; Convivencia y Justicia; Mujer; Gestión Jurídica y de sus entidades adscritas y vinculadas, organización administrativa en la estructura de la Administración Pública Distrital y en especial sobre los siguientes asuntos:

Normas de policía, Seguridad y Convivencia Ciudadana”⁵⁶.

V. IMPACTO FISCAL

El artículo 7 de la Ley 819 de 2003, establece lo siguiente:

“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.

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

⁵⁶ Subrayado fuera de texto

creación de una nueva fuente de financiación en la medida que las disposiciones contenidas en el presente proyecto serán atendidas por el presupuesto de las entidades competentes.

Para el presente Proyecto de Acuerdo es importante el pronunciamiento de la Secretaría Distrital de Hacienda previo a su discusión con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según lo dispuesto en el artículo 11, literal F del Decreto Distrital 601 de 2014, presentando las fuentes de recursos y gastos para su implementación, en el caso de que este genere impacto fiscal. Sin embargo, se evoca el contenido de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde manifiesta que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en impedimento para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. Al respecto, “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”⁵⁷.

VI. TÍTULO – ATRIBUCIONES - CONSIDERANDOS

⁵⁷ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-911. (31, octubre, 2007). Magistrado Ponente: Dr. Jaime Araújo Rentería.

PROYECTO DE ACUERDO No. 445 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE INTEGRA EL DEPORTE EN LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA, LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DIRIGIDAS A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y LA JUVENTUD EN EL DISTRITO CAPITAL”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial la conferida en el numeral 1° del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

ACUERDA

VII. ARTICULADO

Artículo 1. La Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia en coordinación con las entidades distritales competentes, integrará el deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas adolescentes y la juventud en el Distrito Capital.

Parágrafo 1. Lo anterior busca promocionar el deporte y la actividad física en niños, niñas, adolescentes y la juventud en condición de riesgo como medio para fomentar la tolerancia, el entendimiento y el respeto, crear de manera efectiva capacidad de resiliencia y fortalecer habilidades cognitivas, sociales, emocionales y de pensamiento para tomar mejores decisiones en la vida y prevenir así su participación en conductas violentas, delictivas y el consumo de sustancias psicoactivas contribuyendo a aumentar la cohesión social en la comunidad y las condiciones de seguridad, la prevención y protección a la vida, libertad e integridad personal de grupos poblacionales de especial protección constitucional.

Parágrafo 2. La integración del deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas, estará fundamentada en el enfoque de la seguridad humana entendida como la protección de las libertades fundamentales y el derecho a vivir sin miedo o temor, sin miseria o necesidad y el derecho a vivir con dignidad.

Asimismo, la Administración Distrital aplicará los principios que orientan el enfoque de la seguridad humana:

1. **Centrado en las personas:** La seguridad humana coloca a las personas y a las comunidades en el centro del análisis de la seguridad y, consecuentemente, se consideran las condiciones que amenazan la supervivencia, los medios de vida y la dignidad de las personas.

2. **Multisectorial:** La seguridad humana se basa en la comprensión multisectorial de las inseguridades.
3. **Integral:** La seguridad humana implica enfoques integrales que enfatizan en la necesidad de respuestas comprensivas y multisectoriales con el fin de articular las agendas que se relacionan con seguridad, desarrollo y derechos humanos.
4. **Contextualizada:** La seguridad humana reconoce que las inseguridades varían considerablemente en diferentes contextos y, por lo tanto, promueve la búsqueda de soluciones contextualizadas que respondan adecuadamente a cada situación particular.
5. **Preventiva:** Al llegar a las causas y a las manifestaciones de las inseguridades, la seguridad humana se orienta a la prevención y la formulación de estrategias de protección y empoderamiento.

Artículo 2. La Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia en coordinación con las entidades distritales competentes, diseñará y desarrollará intervenciones orientadas a promover la apropiación de habilidades de mediación, tolerancia, empatía y manejo de emociones, transmitir valores positivos, crear capacidad de resiliencia y fortalecer las habilidades cognitivas, sociales, emocionales y de pensamiento en los niños, niñas, adolescentes y la juventud en condición de riesgo, utilizando ampliamente actividades y disciplinas deportivas como medio para la preparación para la vida minimizando los factores de riesgo y maximizando los factores protectores relacionados con la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Parágrafo 1. Adicionalmente, con el apoyo de la Secretaría Distrital de la Mujer, las intervenciones promoverán la concienciación sobre la igualdad de género, la eliminación de toda forma de violencia y discriminación contra la mujer y el empoderamiento de las niñas y las mujeres.

Parágrafo 2. La población objeto de las intervenciones según los niveles de prevención del delito serán las siguientes:

- Prevención primaria: Niños, niñas, las y los adolescentes y jóvenes vinculados al sistema educativo de Bogotá que habitan en territorios donde se presenta mayor concentración de delitos, así como aquellos que están en riesgo de deserción escolar o se ausentan del sistema educativo durante algún periodo.
- Prevención secundaria: Las y los adolescentes y jóvenes que ni estudian ni trabajan (Ninis) y/o que hayan estado en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA).
- Prevención terciaria: Las y los adolescentes y jóvenes que cuentan con algún tipo de sanción en el marco del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), especialmente con medida privativa de la libertad.

Artículo 3. La Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia en coordinación con las entidades distritales competentes, identificará y determinará los territorios en donde se desarrollarán las intervenciones mencionadas en el artículo 2° del presente Acuerdo, conforme a la información cualitativa y cuantitativa y el análisis y comprensión integral e interdisciplinaria de los problemas de convivencia y seguridad de las localidades y del Distrito Capital relacionados con la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Parágrafo 1. Para la identificación y determinación de los territorios a intervenir se tendrá en cuenta los Planes Territoriales de Convivencia y Seguridad y la información aportada por la comunidad relacionada con la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas a través de las Juntas Zonales de Seguridad y Convivencia Ciudadana, toda vez que son los escenarios de participación ciudadana para la identificación de los problemas en materia de seguridad y convivencia en las localidades.

Parágrafo 2. La Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte a través del Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), facilitará los espacios en los parques y el acceso a los equipamientos recreativos y deportivos del Distrito Capital para la integración efectiva del deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y la juventud.

Artículo 4. La Administración Distrital a través de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, establecerá alianzas con el sector privado, organizaciones deportivas como el Comité Olímpico Colombiano, federaciones deportivas, fundaciones deportivas y escuelas de formación deportiva o clubes deportivos y entidades internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y ONU-Mujeres a fin de buscar medidas eficaces para la integración del deporte en las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y la juventud en el Distrito Capital.

Artículo 5. La Administración Distrital, promoverá la implementación integral del presente Acuerdo por medio de los espacios de coordinación institucional como el Consejo Distrital y los Consejos Locales de Seguridad y Convivencia, la Mesa de Trabajo de la Juventud, los Consejos Locales para la Seguridad de la Mujer, el Comité de Coordinación Distrital de Responsabilidad Penal para Adolescentes, el Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia, el Consejo Distrital de Estupefacientes, Seccional Bogotá, D.C., y el Consejo Distrital del Deporte, Recreación, Actividad Física, la Educación Física y Equipamientos Recreativos y Deportivos.

Parágrafo 1. De conformidad con el Decreto Distrital 079 de 2018, el Consejo Distrital de Seguridad y Convivencia, garantizará la inserción de las disposiciones del presente Acuerdo en el transcurso de la elaboración de los Planes Integrales de Seguridad y Convivencia (PISCCJ) de Bogotá, así como en la propuesta del plan de acción al que se refiere el artículo 3°, numeral 7° del decreto distrital mencionado. Por su parte, los Consejos Locales de Seguridad y Convivencia realizarán el seguimiento para su implementación efectiva y la correspondiente veeduría en su jurisdicción.

Parágrafo 2. El Consejo Distrital de Estupeficientes, Seccional Bogotá, D.C., en concordancia con el Decreto Distrital 210 de 2018, apoyará la integración del deporte en las estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y la juventud y le corresponderá incorporar las disposiciones del presente Acuerdo en el Plan de Acción de 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.

Artículo 6. La Administración Distrital a través de las entidades distritales responsables del cumplimiento de este Acuerdo, presentará al Concejo de Bogotá un informe en el mes de abril de cada año sobre la implementación e impacto de este Acuerdo en los resultados de las estrategias de prevención de la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a niños, niñas, adolescentes y la juventud en el Distrito Capital, con ocasión del Día Internacional del Deporte para el Desarrollo y la Paz celebrado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el 6 de abril de cada año.

Artículo 7. 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 _____.

Autor:

H.C. SAMIR JOSÉ ABISAMBRA VESGA
Partido Liberal Colombiano

PROYECTO DE ACUERDO No. 446 DE 2021**PRIMER DEBATE**

“POR MEDIO DEL CUAL SE OTORGA EXENCIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, Y SU COMPLEMENTARIO EL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS A LOS JARDINES INFANTILES Y COLEGIOS PRIVADOS EN BOGOTÁ D.C.”.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**I. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto otorgar la exención del impuesto de industria y comercio, y su complementario el impuesto de avisos y tableros a los jardines infantiles y colegios privados en Bogotá D.C., por un término de diez (10) años.

II. MARCO JURÍDICO DE LA INICIATIVA

Legislación nacional	LEY 14 DE 1983 “Por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones”. CAPÍTULO II IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ARTÍCULO 38.- Los municipios sólo podrán otorgar exenciones de impuestos municipales por plazo limitado, que en ningún caso excederá de diez años, todo de conformidad con los planes de desarrollo municipal. ARTÍCULO 39.- No obstante, lo dispuesto en el artículo anterior continuarán vigentes: 1. Las obligaciones contraídas por el Gobierno en virtud de tratados o convenios internacionales que haya celebrados en el futuro, y las contraídas por la Nación, los Departamentos o los Municipios, mediante contratos celebrados en desarrollo de la legislación anterior.
-----------------------------	--

	<p>2. Las prohibiciones que consagra la Ley 26 de 1904; además, subsisten para los Departamentos y Municipales las siguientes prohibiciones:</p> <p>a. La de imponer gravámenes de ninguna clase o denominación a la producción primaria, agrícola, ganadera y avícola, sin que se incluyan en esta prohibición las fábricas de productos alimenticios o toda industria donde haya un proceso de transformación por elemental que ésta sea;</p> <p>b. La de gravar los artículos de producción, transformación por elemental que esta sea;</p> <p>c. La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio la explotación de canteras y minas diferentes de sal, esmeraldas y metales preciosos, cuando las regalías o participaciones para el municipio sean iguales o superiores a lo que corresponderá pagar por concepto del impuesto de Industria y Comercio;</p> <p><u>d. La de gravar con el impuesto de Industria y Comercio, los establecimientos educativos públicos, las entidades de beneficencia, las culturales y deportivas, los sindicatos, las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, los partidos políticos y los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud;</u></p>
<p>Normatividad Distrital:</p>	<p>Estatuto Orgánico de Bogotá (Decreto Ley 1421 de 1993).</p> <p>“ARTICULO 154. INDUSTRIA Y COMERCIO. A partir del año de 1994 se introducen las siguientes modificaciones al impuesto de industria y comercio en el Distrito Capital:</p> <p>1. Corresponde al Concejo, en los términos del numeral 3 del artículo 12 del presente estatuto, fijar su periodicidad. Mientras no lo haga y a partir del lo de enero de 1994, el período de causación será bimestral”.</p> <p>Decreto Distrital 352 de 2002. "Por el cual se compila y actualiza la normativa sustantiva tributaria vigente, incluyendo las modificaciones generadas por la aplicación de nuevas normas nacionales que se deban aplicar a los</p>

tributos del Distrito Capital, y las generadas por acuerdos del orden distrital".

“Artículo 8. Exenciones y tratamientos preferenciales.

La Ley no podrá conceder exenciones ni tratamientos preferenciales en relación con los tributos de propiedad del Distrito Capital de Bogotá. Tampoco podrá imponer recargos sobre sus impuestos, salvo lo dispuesto en el artículo 317 de la Constitución Política.

En materia de exenciones se tendrá en cuenta lo siguiente:

En virtud del inciso 2 del artículo 160 del Decreto Ley 1421 de 1993 modificado por el artículo 134 de la Ley 633 de 2000, continuarán vigentes, incluso a partir del 31 de diciembre de 1994, las exenciones y tratamientos preferenciales aplicables a las siguientes entidades nacionales: Universidades públicas, colegios, museos, hospitales pertenecientes a los organismos y entidades nacionales y el Instituto de Cancerología. Igualmente continuarán vigentes las exenciones y tratamientos preferenciales aplicables a las instalaciones militares y de policía, los inmuebles utilizados por la rama judicial y los predios del Inurbe destinados a la construcción de vivienda de interés social.

Igualmente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Acuerdo 26 de 1998, las personas naturales y jurídicas, así como sociedades de hecho damnificadas a consecuencia de actos terroristas o catástrofes naturales ocurridos en el Distrito Capital estarán exentas de los impuestos distritales, respecto de los bienes o actividades que resulten afectados en las mismas, en las condiciones que para tal efecto se establezcan en el decreto reglamentario.

Conforme al artículo 27 del Acuerdo 065 de 2002, tratándose del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros las únicas exenciones aplicables en Bogotá D.C., será la contenida en el artículo 13 del Acuerdo 26 de 1998 anteriormente referida.

Artículo 10. Exenciones transitorias.

El Concejo Distrital sólo podrá otorgar exenciones por plazo limitado, que ningún caso excederán de diez (10) años, todo de conformidad con los planes de desarrollo del Distrito Capital.

Artículo 39. Actividades no sujetas.

No están sujetas al impuesto de industria y comercio las siguientes actividades:

a) La producción primaria, agrícola, ganadera y avícola sin que se incluyan la fabricación de productos alimenticios o de toda industria donde haya un proceso de transformación, por elemental que éste sea.

b) La producción nacional de artículos destinados a la exportación.

c) La educación pública, las actividades de beneficencia, culturales y/o deportivas, las actividades desarrolladas por los sindicatos, por las asociaciones de profesionales y gremiales sin ánimo de lucro, por los partidos políticos y los servicios prestados por los hospitales adscritos o vinculados al sistema nacional de salud.

d) La primera etapa de transformación realizada en predios rurales cuando se trate de actividades de producción agropecuaria, con excepción de toda industria donde haya transformación, por elemental que ésta sea.

e) Las de tránsito de los artículos de cualquier género que atraviesen por el territorio del Distrito Capital, encaminados a un lugar diferente del Distrito, consagradas en la Ley 26 de 1904.

f) La persona jurídica originada en la constitución de la propiedad horizontal, en relación con las actividades propias de su objeto social, de conformidad con lo establecido en el artículo 195 del Decreto Ley 1333 de 1986.

g) Los proyectos energéticos que presenten las entidades territoriales de las zonas no interconectadas del Sistema Eléctrico Nacional al Fondo Nacional de Regalías”.

ACUERDO 26 DE 1998 “Por el cual se adoptan medidas de simplificación tributaria en el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá y se dictan otras disposiciones”.

CAPÍTULO QUINTO

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 13º.- Las personas naturales y jurídicas, así como sociedades de hecho damnificadas a consecuencia de actos

terroristas o catástrofes naturales ocurridos en el Distrito Capital estarán exentas de los impuestos distritales, respecto de los bienes o actividades que resulten afectados en las mismas, en las condiciones que para tal efecto se establezcan en decreto reglamentario. *Reglamentado por el Decreto Distrital 573 de 2000, Reglamentado por el Decreto Distrital 673 de 2011.*

Artículo 14º.- Las edificaciones nuevas que se construyan en el área urbana del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá para estacionamientos públicos, entre la fecha de expedición de este Acuerdo y el 31 de diciembre del año 2001, estarán exentas del pago de Impuesto Predial Unificado, por un término de diez (10) años contados a partir del año siguiente a la terminación de la construcción. En igual sentido estarán exentas del pago del Impuesto de Delineación Urbana las obras correspondientes a los desarrollos arquitectónicos del parqueadero público a que se refiere el presente artículo.

La anterior exención será procedente siempre y cuando las edificaciones cumplan las condiciones establecidas en la normatividad legal vigente y que se expida para el Distrito Capital.

Artículo 15º.- Estarán exentos en un 100% del Impuesto de Industria y Comercio, los negocios que exploten el servicio de parqueaderos en las edificaciones a que se refiere el artículo anterior y que cumplan con las demás condiciones allí establecidas, por un término de diez (10) años contados a partir del inicio de la respectiva actividad de servicio.

ACUERDO 16 DE 1999 “Por medio del cual se adoptan modificaciones en el Distrito Capital en materia de Beneficios Tributarios”.

“ARTÍCULO 1. (Artículo ratificado por el artículo 11 del Acuerdo 352 de 2008). Los sujetos signatarios de la Convención de Viena, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana y el Distrito Capital entendido como tal, la Administración Central, la Alcaldía Mayor, los Fondos de Desarrollo Local, las Secretarías, los Departamento Administrativos y los Establecimientos Públicos no son contribuyentes, esto es, no sujetos de los Impuestos Predial Unificado, Industria y Comercio, Avisos y Tableros, Unificados

	<p>de Vehículos y Delineación Urbana”.</p> <p>Acuerdo 065 de 2002 "Por el cual se adoptan modificaciones al impuesto de industria y comercio, Avisos y Tableros y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>“CAPÍTULO III</p> <p>Disposiciones Generales</p> <p>Artículo 27. Las únicas exenciones aplicables en Bogotá, D.C. para el Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros, serán las contenidas en el Artículo 1 del Acuerdo 16 de 1999 y en el artículo 13 del Acuerdo 26 de 1998”.</p> <p>En estos casos, no será necesaria para la validez de la declaración la firma del obligado a declarar; y se presumirá legalmente que el diligenciamiento del formulario electrónico hace las veces de firma bien sea mecánica o electrónica. La administración tributaria conservará las facultades de fiscalización.</p> <p>Parágrafo- Lo dispuesto en este artículo entrará en vigencia cuando la Administración Tributaria Distrital adopte las condiciones técnicas necesarias para su aplicación.</p> <p>ACUERDO 645 DE 2016 “Por el cual se simplifica el Sistema Tributario Distrital y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>“Artículo 7º. Deber formal de declarar del contribuyente exento en el pago de impuestos distritales. Los contribuyentes que tengan derecho a una exención equivalente al 100% del total del impuesto, presentarán declaración tributaria anual a través del formulario electrónico contenido en la página de la Secretaria Distrital de Hacienda”.</p>
--	---

III. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El Concejo de Bogota mediante el Acuerdo 11 de 1988 “*por la cual se reforma la estructura tributaria distrital y se dictan otras disposiciones*”, le otorgó una exención del impuesto de Industria y Comercio y Avisos a la educación privada sobre el 100% de sus ingresos brutos por el termino de cinco (5) años, así:

Artículo 18°. - Exenciones. Las siguientes actividades estarán exentas de los impuestos de Industria y Comercio y de Avisos, por un término de cinco años a partir del año gravable de 1988, en los montos y porcentaje que a continuación se señalan, sobre sus ingresos brutos:

1. *En un 100% las actividades desarrolladas por Artesanos, Sociedades Mutuarias. Fondos de empleados y Cooperativas. Se excluyen expresamente de este beneficio las figuras de concesiones y similares que operen dentro de los establecimientos comerciales de estas entidades.*
2. La educación privada queda exenta en un 100% de sus ingresos brutos.
3. *Las entidades sin ánimo de lucro dedicadas exclusivamente a la prestación de servicios de investigación social y o científicas y comunicación quedan exentas en un 100% de su ingreso bruto anual.*
4. *El expendio de textos escolares queda exenta en un 50% de sus ingresos brutos.*

El beneficio establecido en el Acuerdo 11 de 1988 para la educación privada se efectuó hasta el año gravable de 1992 y de acuerdo con la Alcaldía de Bogotá a la fecha no existe una norma que prorrogue el plazo de la exención o la otorgue nuevamente.

No existe norma posterior que prorrogue el plazo de la exención o la otorgue nuevamente; por esta razón la educación privada no está exenta del Impuesto de Industria, Comercio y Avisos y Tableros a partir del año gravable 1993.

En síntesis: la educación privada a partir del año gravable 1993 debe cumplir con la obligación tributaria de declarar en forma anual y puede cancelar este periodo en doce (12) cuotas⁵⁸.

En consecuencia, la presente iniciativa pretende otorgar nuevamente dicha exención en particular a los jardines infantiles y colegios privados de la ciudad de conformidad con el artículo 38 de la Ley 14 de 1983 y el artículo 10 del Decreto Distrital 352 de 2002, los cuales disponen que el municipio y el Concejo de Bogotá “sólo podrá otorgar exenciones por plazo limitado, que ningún caso excederán de diez (10) años”.

IV. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

- El Concejo de Bogotá es competente para presentar la iniciativa de conformidad con el artículo 313, numerales 1° y 4° de la **Constitución Política de Colombia**, a saber:

⁵⁸ ALCALDÍA DE BOGOTÁ. Concepto 093. *Impuesto de Industria, Comercio y Avisos- Educación Privada*. p. 37. Disponible en Internet: <<https://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/files/CartillaICA2019.pdf>>

Artículo 313. *Corresponde a los concejos:*

1. Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio.

4. Votar de conformidad con la Constitución y la ley los tributos y los gastos locales.

- Igualmente, de acuerdo con el artículo 8, artículo 12; numerales 1° y 3° y el artículo 13 del **Estatuto Orgánico de Bogotá** (Decreto Ley 1421 de 1993), el Concejo de Bogotá es competente para presentar, discutir y someter a votación la presente iniciativa.

ARTÍCULO 8. Funciones Generales. *El Concejo es la suprema autoridad del Distrito Capital. En materia administrativa sus atribuciones son de carácter normativo. También le corresponde vigilar y controlar la gestión que cumpla las autoridades distritales.*

ARTÍCULO 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la constitución y la ley:*

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

3. Establecer, reformar o eliminar tributos, contribuciones, impuestos y sobretasas: ordenar exenciones tributarias y establecer sistemas de retención y anticipos con el fin de garantizar el efectivo recaudo de aquellos.

ARTÍCULO 13. Iniciativa. *Los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los concejales y el alcalde mayor por conducto de sus secretarios, jefes de departamento administrativo o representantes legales de las entidades descentralizadas. El personero, el contralor y las juntas administradoras los pueden presentar en materias relacionadas con sus atribuciones. De conformidad con la respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario.*

Sólo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos a que se refieren los ordinales 2o., 3o., 4o., 5o., 8o., 9o., 14, 16, 17 y 21 del artículo anterior. Igualmente, sólo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde los acuerdos que decreten inversiones, ordenen servicios a cargo del Distrito, autoricen enajenar sus bienes y dispongan exenciones tributarias o cedan sus rentas. El Concejo podrá introducir modificaciones a los proyectos presentados por el Alcalde.

De acuerdo con el artículo 13, se infiere que la competencia del Concejo de Bogotá en la materia es limitada, toda vez que ordinales como el 3° del artículo 12 solo podrán ser dictados o reformados a iniciativa del alcalde. Sin embargo, esta limitante de orden legal puede ser subsanable en el desarrollo del trámite de la discusión y aprobación puesto que la Administración Distrital participa en el mismo fundamentado en la emisión de un concepto mediante el cual otorga viabilidad o no a la iniciativa.

- Por otra parte, es importante mencionar que conforme lo dispone el artículo 3° del **Acuerdo 741 de 2019** (Reglamento Interno Concejo de Bogotá), la corporación “ejerce las atribuciones, funciones, y competencias, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política, el estatuto orgánico para Bogotá, las leyes especiales (...)”.

V. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

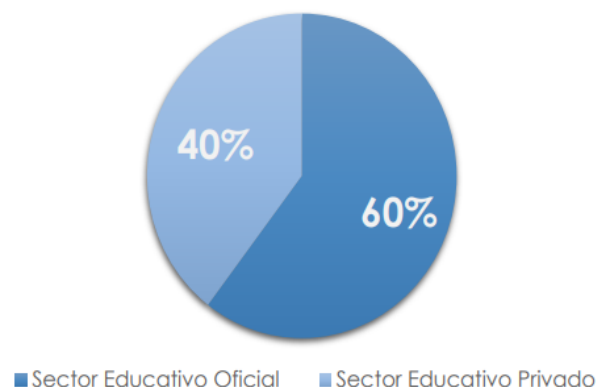
Con el objetivo de justificar el presente Proyecto de Acuerdo, este título presentará la caracterización de los jardines infantiles y colegios privados y la situación de la educación en medio de la pandemia de la COVID-19 en el Distrito Capital.

CARACTERIZACIÓN DE LOS JARDINES INFANTILES Y COLEGIOS PRIVADOS EN BOGOTÁ D.C.

De acuerdo con información de la Secretaría de Educación Distrital (SED), para el año 2020 en la capital se encuentran registrados 1.671 instituciones educativas activas del sector privado, las cuales han reportado matrícula continuamente en el Sistema de Matrícula Estudiantil de Educación Básica y Media – SIMAT⁵⁹.

Al interior de estas instituciones, se encontraban matriculados 1.419.635 estudiantes en el 2018, de los cuales el 40%, aproximadamente 562.537 estudiantes, se registraron en el sector educativo privado⁶⁰.

Gráfico 1. Distribución de la matrícula en Bogotá según sector - 2018



⁵⁹ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL. Respuesta Derecho de Petición; Radicado No. S-2021-185788 del 27 de mayo de 2021.

⁶⁰ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL. Dirección de Relaciones con el Sector Educativo Privado. *Boletín Estadístico: Colegios Sector Educativo Privado del Distrito Capital Vigencia 2018. (2019). Disponible en Internet:*

Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

Tabla 1. Comparativo de matrícula en Colombia y Bogotá según sector - 2018

CATEGORÍA	BOGOTÁ	%
Sector Educativo Oficial	857.098	60%
Sector Educativo Privado	562.537	40%
Total	1.419.635	100%

FUENTE DATOS DE BOGOTÁ: Dirección de Cobertura anexo 5A y 6A

NOTA1: No incluye: 1). - Jardines distritales. 2) Jardines dependientes de SDIS. 3).- Jardines ICBF. 4).- Instituciones de educación para el trabajo y desarrollo humano. 5).- Instituciones no oficiales en deuda estadística.

Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

Es importante mencionar que el sector educativo privado hace presencia en 19 localidades de la ciudad y según el boletín estadístico de los colegios privados de la SED, las localidades con mayor proporción de estudiantes en colegios privados son Suba con el 14.9% (210.902 estudiantes), Kennedy (12,9%, 184.585 estudiantes); Bosa (11,3%, 160.435 estudiantes); Engativá (9,5%, 134.334 estudiantes) y Ciudad Bolívar (8.6%, 122.604 estudiantes)⁶¹.

Tabla 5. Proporción de la matrícula del sector educativo privado según localidad de Bogotá – 2018

LOCALIDAD	SECTOR OFICIAL	%	SECTOR PRIVADO	%	TOTAL
SUBA	86.919	10,14%	123.983	22,04%	210.902
ENGATIVA	69.922	8,16%	64.412	11,45%	134.334
KENNEDY	122.766	14,32%	60.819	10,81%	183.585
USAQUEN	26.972	3,15%	50.715	9,02%	77.687
BOSA	115.346	13,46%	45.089	8,02%	160.435
FONTIBON	26.832	3,13%	26.976	4,80%	53.808
RAFAEL URIBE	61.795	7,21%	24.348	4,33%	86.143
CIUDAD BOLIVAR	99.591	11,62%	23.013	4,09%	122.604
SAN CRISTOBAL	53.955	6,30%	22.622	4,02%	76.577
PUENTE ARANDA	25.995	3,03%	22.387	3,98%	48.382
TUNJUELITO	37.583	4,38%	18.767	3,34%	56.350
TEUSAQUILLO	3.905	0,46%	17.149	3,05%	21.054
ANTONIO NARIÑO	11.973	1,40%	11.131	1,98%	23.104
CHAPINERO	3.199	0,37%	11.165	1,98%	14.364
USME	72.510	8,46%	10.993	1,95%	83.503
BARRIOS UNIDOS	13.517	1,58%	9.149	1,63%	22.666
LOS MARTIRES	11.258	1,31%	8.351	1,48%	19.609
SANTAFE	9.294	1,08%	6.739	1,20%	16.033
LA CANDELARIA	2.997	0,35%	4.729	0,84%	7.726
SUMAPAZ	769	0,09%	0	0,00%	769
TOTAL GENERAL	857.098	100,00%	562.537	100,00%	1.419.635

FUENTE: DANE-C600 -2018. OAP- SED

Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

<https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/sites/default/files/inline-files/Bolet%C3%ADn%20Estad%C3%ADstico%20Colegios%20Sector%20Educativo%20Privado%20del%20Distrito%20Capital.pdf>

⁶¹ Ibid.

A partir de la anterior información, observamos la importancia del sector educativo privado en 19 localidades de la ciudad, los cuales cumplen una función social de conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, en donde está estipulado que la educación es un derecho y un servicio público que tiene una función social. Por ejemplo, en la localidad de Suba el número de estudiantes matriculados supera al del sector educativo oficial en una proporción del 22% frente al 10% de los colegios oficiales.

Sector educativo e Impuesto de Industria y Comercio (ICA)

En lo que concierne al Impuesto de Industria y Comercio (ICA), la educación pública no se encuentra sujeta a este tributo de conformidad con lo dispuesto en la Ley 14 de 1983, artículo 39 y en el caso del Distrito por el Decreto 352 de 2002 en su artículo 39, pero en relación a los jardines infantiles y colegios privados, a pesar de prestar un servicio de educación aquellos están sujetos a dicho tributo de acuerdo con la ley y la normatividad citada, sin embargo, es importante recordar que el Concejo de Bogotá concedió una exención a la educación privada a través del Acuerdo 11 de 1988, la cual tuvo vigencia hasta 1992 sin existir una norma que prorogue el plazo de la exención o la otorgue nuevamente.

Según cifras proporcionadas por la Secretaría Distrital de Hacienda⁶², el número de declarantes por actividades educativas (Jardines infantiles y colegios privados)* del ICA fue de 1.338 en el 2020, representando en promedio el 1,8% de participación en el ICA por sector de servicios y del 0,6% de participación del total del ICA. Si bien el contribuyente suministra los ingresos del Distrito, así como los bienes y servicios priorizados en el Plan de Desarrollo Distrital (PDD), en donde la educación es una de las grandes apuestas de esta Administración Distrital como se puede observar en su propósito primero "*Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política*", otorgar una exención como la que busca la presente iniciativa no debe considerarse como una medida con repercusiones negativas en el recaudo sino más bien como una medida que contribuye a dicha apuesta, la cual no es ajena a los jardines infantiles y colegios privados de la ciudad y, asimismo, debe ser vista como una medida que hace parte de la recuperación de la educación, esencial para evitar una catástrofe generacional debido a que el COVID-19 ha ocasionado la mayor interrupción de la historia en los sistemas educativos del mundo.

⁶² SECRETARÍA DISTRITAL DE HACIENDA. Respuesta Derecho de Petición; Radicado No. 2021EE07472501 del 07 de mayo de 2021.

* Códigos de actividad económica: 8511: Educación de la primera infancia, 8512: Educación preescolar, 8513: Educación básica primaria, 8521: Educación básica secundaria, 8522: Educación media académica, 8530: Establecimientos que combinan diferentes niveles de educación, 85592: Educación académica no formal impartida mediante programas de educación básica primaria, básica secundaria y media no gradual con fines de validación.

Cuadro 2. ICA CIU CIU=8511-8513, 8521, 8522, 8530 y 85592
Años Gravables 2003 – 2020

Año	ICA actividades educativas seleccionadas	ICA Sector Servicios	ICA total	Participación Sector	Participación Total
2004	\$ 7.475	\$ 380.170	\$ 1.134.856	2,0%	0,7%
2005	\$ 8.242	\$ 434.115	\$ 1.290.639	1,9%	0,6%
2006	\$ 9.303	\$ 515.043	\$ 1.509.176	1,8%	0,6%
2007	\$ 10.276	\$ 585.586	\$ 1.746.549	1,8%	0,6%
2008	\$ 11.392	\$ 664.931	\$ 1.959.937	1,7%	0,6%
2009	\$ 12.523	\$ 702.751	\$ 1.969.349	1,8%	0,6%
2010	\$ 13.645	\$ 745.196	\$ 2.059.520	1,8%	0,7%
2011	\$ 14.818	\$ 802.034	\$ 2.286.510	1,8%	0,6%
2012	\$ 15.889	\$ 909.076	\$ 2.508.048	1,7%	0,6%
2013	\$ 16.871	\$ 968.879	\$ 2.607.943	1,7%	0,6%
2014	\$ 17.951	\$ 1.063.907	\$ 2.894.633	1,7%	0,6%
2015	\$ 19.322	\$ 1.156.540	\$ 3.112.766	1,7%	0,6%
2016	\$ 20.514	\$ 1.210.287	\$ 3.341.576	1,7%	0,6%
2017	\$ 21.041	\$ 1.243.422	\$ 3.356.858	1,7%	0,6%
2018	\$ 23.351	\$ 1.315.406	\$ 3.639.121	1,8%	0,6%
2019	\$ 24.803	\$ 1.436.902	\$ 3.858.739	1,7%	0,6%
2020	\$ 21.274	\$ 1.237.402	\$ 3.527.838	1,7%	0,6%

Fuente: Soportes Tributarios ICA. Cifras en millones de pesos a precios corrientes.
Corte de información: 13 de mayo de 2021.
Cálculos y elaboración: DIB – SDH.

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda.

LA EDUCACIÓN EN MEDIO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19.

El brote de la COVID-19 es un problema sanitario de gran magnitud. pero también es una gran crisis para la educación.

UNESCO, 2020.

La pandemia del COVID-19 ha ocasionado la mayor interrupción del sistema educativo en el mundo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁶³, ha señalado que el cierre de escuelas aumenta las desigualdades en la educación y afecta de manera desproporcionada a los niños y jóvenes más vulnerables del mundo. Además, es importante mencionar que, 109 países se vieron afectados por el cierre de escuelas afectando al 60,5% de la población estudiantil mundial y dejando como resultado más 1.508 millones de estudiantes fuera de las escuelas.

Actualmente, a fecha 25 de mayo de 2021, el 12% de la población se encuentra afectada por el cierre de escuelas, 210 millones de estudiantes fuera de la escuela y 24 países afectados por el cierre de escuelas. Por esta razón, la Organización Internacional ha hecho el llamado de que ahora

⁶³ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO). *Coalición Mundial para la Educación*. Disponible en Internet: <<https://es.unesco.org/covid19/globaleducationcoalition>>

es el momento de definir el futuro de la educación, ya que, ante los cierres de colegios es imperativo asegurar la continuidad, la inclusión y la equidad.

Cierre de escuelas en América Latina y el Caribe.



Fuente: UNICEF, 2020.

Por su parte, según informe de noviembre de 2020 elaborado por la UNICEF⁶⁴, 137 millones de estudiantes en América Latina y el Caribe no han regresado a la escuela habiendo perdido más de 170 días de aprendizaje, cuatro veces más alta que la media global de 40 días, es decir, que en la región los niños, niñas y adolescentes perdieron un año entero de educación.

Igualmente, la UNICEF presenta que 23,8 millones de niños y jóvenes podrían abandonar la escuela o no tener acceso a ella el año que viene a consecuencia de las repercusiones económicas de la pandemia. En América Latina y el Caribe 137 millones de estudiantes no han regresado a la escuela y se estima que, a nivel mundial, la región sufra el segundo mayor descenso en la matrícula escolar (1,83%) entre todas las regiones.

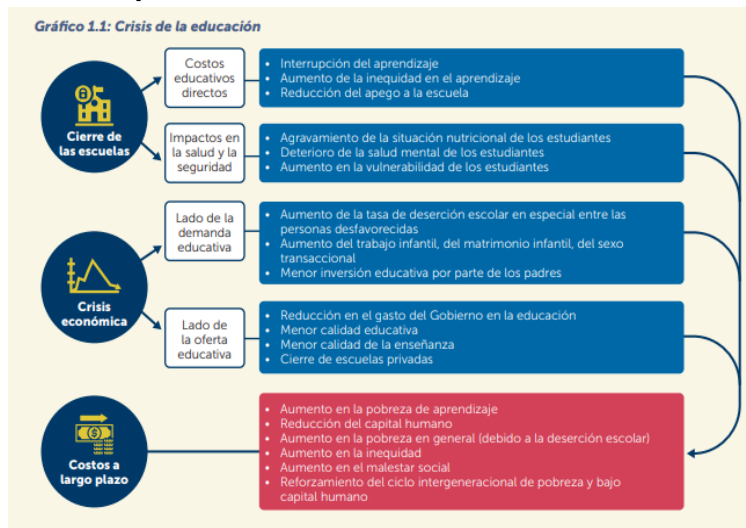
Por otro lado, el Banco Mundial⁶⁵ determinó que, el impacto del COVID-19 en la educación genera unos costos educativos directos, como son la interrupción del aprendizaje, el aumento de la inequidad en el mismo y la reducción al apego a la escuela. Además, genera costos en la demanda

⁶⁴ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). *Educación en pausa: Una generación de niños y niñas en América Latina y el Caribe está perdiendo la escolarización debido al COVID-19.* (2020). Disponible en Internet: <<https://inec.org/system/files/resources/Educacion-en-pausa-web-1107-2.pdf>>

⁶⁵ BANCO MUNDIAL. *COVID-19: Impacto en la educación y respuestas de política pública.* (mayo de 2020). Disponible en Internet: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33696/148198SP.pdf?sequence=6&isAllowed=y>>

educativa, es decir, aumenta la tasa de deserción escolar en especial entre las personas más desfavorecidas y con una menor calidad de la enseñanza en cuanto a la oferta y, por último, se tienen unos costos a largo plazo, como el aumento de la pobreza en el aprendizaje, el malestar social, el ascenso de la inequidad y el cierre de colegios privados.

Impacto de la COVID-19 en la educación.



Fuente: Banco Mundial, 2020.

Por las anteriores razones, el Banco Mundial manifiesta que es necesario convertir esta crisis en una oportunidad para que la educación sea más inclusiva, eficiente y resiliente, gestionando su continuidad, igualmente, mejorando y acelerando el sistema educativo a largo plazo.

Situación de los jardines infantiles y colegios privados en Bogotá D.C., en el marco de la pandemia.

Con respecto a la situación de los colegios privados en Bogotá, la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19, causó entre enero – diciembre de 2020 el cierre definitivo de 31 establecimientos educativos privados.

Tabla 17
Relación Establecimientos Educativos con cierre definitivo o parcial y matrícula
Bogotá D.C. Enero - Diciembre 2020

Nº	Nº Localidad	Nombre Localidad	Código DANE Establecimiento Educativo	Nombre Establecimiento Educativo	Sector	Clase	Estado	Fecha de Cierre en DUE	Matrícula SIMAT 30-09-2020	Matrícula C600 6-11-2019
1	1	USAQUÉN	311001089744	GIMNASIO HENRY FAYOL	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	3/03/2020	0	41
2	1	USAQUÉN	311001095574	PREESCOLAR TALENTO	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	14/10/2020	6	43
3	1	USAQUÉN	311001104476	GRUPO EDUCATIVO BACATA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	27/11/2020	0	8
4	1	USAQUÉN	311848004486	JARDIN INFANTIL LETRAS Y ARTES	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	24/12/2020	52	97
5	1	USAQUÉN	311848004583	JARDIN INFANTIL MAMA ISABEL	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	24/12/2020	32	53
6	4	SAN CRISTÓBAL	311001009040	COLEGIO DIEGO FALLON LASALLANO	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	27/04/2020	0	332
7	4	SAN CRISTÓBAL	311001092176	GIMNASIO MANOS UNIDAS	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/06/2020	0	86
8	4	SAN CRISTÓBAL	311001092826	COLEGIO MI BELLA ANGELITA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	28/04/2020	0	0
9	8	KENNEDY	311001033307	COLEGIO SAN JUAN DE MAYORGA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	15/10/2020	0	7
10	8	KENNEDY	311001042659	LICEO CAROLINA DEL SUR 2a SEDE	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	9/12/2020	0	144
11	9	FONTIBÓN	311001109885	COLEGIO KUEPA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	155
12	9	FONTIBÓN	311279001091	INSTITUTO FONTIBON	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	3/03/2020	0	0
13	10	ENGATIVÁ	311001098158	JARDIN INFANTIL MAGICA U	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	36
14	10	ENGATIVÁ	311001105278	LICEO PEDAGOGICO EL SABER	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	33
15	10	ENGATIVÁ	311001106657	CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	0
16	11	SUBA	311001010358	INSTITUTO ANZOATEGUI	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	0
17	11	SUBA	311001038571	LICEO INFANTIL EL RINCON DE PETER PAN	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE TEMPORAL	17/01/2020	0	45
18	11	SUBA	311001047286	INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR SUBA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	30/12/2020	398	344
19	11	SUBA	311001050147	JARDIN INFANTIL LA SOMBRILLITA AZUL	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	16/06/2020	0	39
20	11	SUBA	311001092346	COLEGIO GEOFFREY CHAUCER'S	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	0
21	11	SUBA	311001096911	COLEGIO MAYOR LEON JIMENEZ	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	13/03/2020	0	0
22	11	SUBA	311001097763	LICEO PEDAGOGICO CARIÑOSITOS	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE TEMPORAL	3/03/2020	0	27
23	11	SUBA	311001101566	JARDIN INFANTIL RONDITAS DE ALCAPARROS	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	10/01/2020	0	15
24	11	SUBA	311001109486	COLEGIO MERCANTIL	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	27/11/2020	0	66
25	11	SUBA	311769000696	GIMNASIO PEPA CASTRO	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	21/10/2020	2	30
26	11	SUBA	311848002998	JARDIN INFANTIL GRIMM'S	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE TEMPORAL	24/04/2020	0	145
27	11	SUBA	311848003935	COLEGIO ANGLÓ ESCOCÉS CAMPESTRE	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	17/01/2020	0	139
28	12	BARRIOS UNIDOS	311001042772	MATERNAL Y JARDIN LA ARDILLITA ESCOLAR	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	15/10/2020	5	21
29	13	TEUSAQUILLO	311001005583	GIMNASIO BOYACA ECCI	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	27/11/2020	16	189
30	14	LOS MÁRTIRES	311001002932	JARDIN INFANTIL MARIA MARGARITA	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	23/12/2020	11	25
31	18	RAFAEL URIBE URIBE	311001024871	CENTRO FE Y ALEGRIA PALERMO SUR	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	10/01/2020	0	4
32	18	RAFAEL URIBE URIBE	311001077037	COLEGIO FE Y ALEGRIA LA PAZ	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	10/01/2020	0	28
33	19	CIUDAD BOLÍVAR	311001025843	COLEGIO ROMULO GALLEGOS	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	24/12/2020	0	263
34	19	CIUDAD BOLÍVAR	311001091072	GIMNASIO CULTURAL MIXTO	NO OFICIAL	PRIVADO	CIERRE DEFINITIVO	24/04/2020	0	23

Fuente: Secretaría de Educación Distrital. SINEB-DUE, consulta 14-05-2021 - C600-2019 y SIMAT 2020. El número estimado de estudiantes afectados por los establecimientos que han tenido cierres definitivos en 2020 se puede establecer conforme a la matrícula reportada por estos establecimientos en el SIMAT y se compara con las cifras del Censo C600 administrado por el DANE en la que se observa que en 2019 los estudiantes matriculados en estas instituciones eran 2.438 y para el año del cierre 2020, figuraban solamente 522 estudiantes (Véase la tabla 17 proporcionada por la SED).

Por otra parte, en el primer semestre del 2020, la SED a través de la Dirección de Relaciones con el Sector Educativo Privado (DRSEP), aplicó una encuesta de percepción con el objetivo de conocer los efectos de la pandemia en el funcionamiento de los establecimientos educativos privados. Mediante este proceso la SED recibió entre el 5 de mayo al 10 de junio de 2020, 1.031 encuestas diligenciadas por parte de jardines infantiles y colegios privados, lo cual correspondió al 58% del total de instituciones educativas privadas (1.782), arrojando los siguientes resultados⁶⁶:

- 1) Los establecimientos educativos reportaron que 10.120 estudiantes fueron retirados entre abril y mayo de 2020 (4.463 de preescolar, 4.400 de básica y 957 de media). De acuerdo

⁶⁶ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRICTAL. Op. Cit., 27 de mayo de 2021.

con lo anterior, el número de estudiantes que pasaron del sector privado al sector oficial del año 2020 al 2021 fueron los siguientes:

No.	Nombre Localidad	Total
1	Usaquén	798
2	Chapinero	51
3	Santa Fe	170
4	San Cristóbal	1.213
5	Usme	1.048
6	Tunjuelito	1.089
7	Bosa	1.863
8	Kennedy	3.061
9	Fontibón	801
10	Engativá	2.117
11	Suba	2.125
12	Barrios Unidos	485
13	Teusaquillo	181
14	Los Mártires	352
15	Antonio Nariño	325
16	Puente Aranda	1.046
17	La Candelaria	120
18	Rafael Uribe Uribe	1.784
19	Ciudad Bolívar	1.462

20	Sumapaz	13
Total 20.104		

Fuente: Secretaría de Educación Distrital. Dirección de Cobertura – SIMAT.

- 2) De los 10.120 estudiantes que los establecimientos reportaron en la encuesta como retirados, el 72% correspondían a 7 localidades siendo mayoritariamente Suba, Kennedy y Engativá.
- 3) De 333.667 estudiantes que estaban matriculados en los colegios encuestados, cerca del 41%, es decir 135.954, se encontraban en mora en el pago de las pensiones para el mes de abril - mayo.
- 4) Del total de estudiantes reportados con mora desde el mes de abril, las instituciones educativas afirmaron que había sido por los efectos de la pandemia en los ingresos de las familias. 14.553 familias realizaron acuerdos de pago con las instituciones educativas.
- 5) De los 1.031 colegios que respondieron la encuesta, el 53% es decir, 549 colegios afirmaron que la mora de los alumnos ascendía entre el 20 y el 50% del total de alumnos matriculados en el establecimiento educativo.

En este punto, es pertinente recordar que la educación es un derecho fundamental establecido en el artículo 67 de la Constitución Política, en donde además de ser un servicio público es inherente a la finalidad social del Estado que va dirigido a todos los ciudadanos de acuerdo con el artículo 365 de la misma. Por esta razón, la Corte Constitucional en Sentencia T-167 de 2019 del 10 de abril, considera que:

Debe señalarse que la educación como servicio público exige del Estado acciones concretas para garantizar su prestación eficaz y continua a todos los habitantes del territorio nacional. (..) Por otro lado, debe señalarse que, si bien la educación está prevista como un derecho social, económico y cultural en el texto constitucional, tanto el artículo 44 de la Carta en el caso de los niños, como la jurisprudencia de esta Corporación en el caso de los adultos, la han reconocido como un derecho fundamental⁶⁷.

Adicionalmente, en la Sentencia mencionada, se estipula que el derecho a la educación comprende cuatro dimensiones de contenido prestacional, las cuales son: (i) La asequibilidad, (ii) La

⁶⁷ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-167 (10, abril, 2019). Magistrada Ponente: Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado. Disponible en Internet: < <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-167-19.htm>>

accesibilidad, (iii) La adaptabilidad, (iv) La aceptabilidad. Jurisprudencia en la cual la asequibilidad y la accesibilidad se entienden de la siguiente manera:

- i) la **asequibilidad o disponibilidad** del servicio, que puede resumirse en la obligación del Estado de crear y financiar suficientes instituciones educativas a disposición de todos aquellos que demandan su ingreso al sistema educativo, abstenerse de impedir a los particulares fundar instituciones educativas e invertir en infraestructura para la prestación del servicio, entre otras;*
- (ii) la **accesibilidad**, que implica la obligación del Estado de garantizar el acceso de todos en condiciones de igualdad al sistema aludido, la eliminación de todo tipo de discriminación en el mismo, y facilidades para acceder al servicio desde el punto de vista geográfico y económico⁶⁸.*

Expuesto lo anterior, se considera que otorgar la exención del impuesto de industria y comercio, y su complementario el impuesto de avisos y tableros a los jardines infantiles y colegios privados en Bogotá D.C., por un término de diez años puede contribuir a la asequibilidad y accesibilidad de la educación en la capital frente a la mayor interrupción de los sistemas educativos en el mundo a causa de la pandemia de la COVID-19, toda vez que el sector educativo privado al igual que el sector educativo oficial cumple una función social inherente al Estado.

VI. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, el presente Proyecto de Acuerdo tiene un impacto fiscal sobre los ingresos tributarios distritales, sin representar cargas sobre el gasto público. Pese a lo anterior, se considera relevante resaltar que esta iniciativa tendrá un impacto positivo en cuanto a la asequibilidad y accesibilidad a la educación como derecho fundamental y como una medida de alivio tributario para los jardines infantiles y colegios privados que se vieron afectados producto de la emergencia sanitaria nacional contribuyendo sin duda a la recuperación de la educación en la ciudad.

Por otra parte, para este Proyecto de Acuerdo en particular, es importante el pronunciamiento de la Secretaría Distrital de Hacienda previo a su discusión con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según lo dispuesto en el artículo 11, literal F del Decreto Distrital 601 de 2014, presentando las fuentes de recursos y gastos para su implementación, en el caso de que este genere impacto fiscal. Sin embargo, se evoca el contenido de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde manifiesta que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en impedimento para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. Al respecto:

⁶⁸ Ibid.

“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”⁶⁹.

VII. TÍTULO – ATRIBUCIONES – CONSIDERANDOS

⁶⁹ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-911. (31, octubre, 2007). Magistrado Ponente: Dr. Jaime Araújo Rentería. Disponible en Internet: <<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-911-07.htm>>

PROYECTO DE ACUERDO No. 446 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE OTORGA EXENCIÓN DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, Y SU COMPLEMENTARIO EL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS A LOS JARDINES INFANTILES Y COLEGIOS PRIVADOS EN BOGOTÁ D.C.”.

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.,

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en los numerales 1° y 3° del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA

VIII. ARTICULADO

ARTÍCULO 1°- OBJETO. Establecer la exención de Impuesto de Industria, Comercio, y su complementario el Impuesto de Avisos y Tableros a los Jardines Infantiles y Colegios Privados en Bogotá D.C., por el término de diez (10) años a partir de la vigencia del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 2°- 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 _____

AUTOR:

SAMIR JOSÉ ABISAMBRA VESGA

Concejal de Bogotá

Partido Liberal Colombiano

BIBLIOGRAFÍA

BANCO MUNDIAL. *COVID-19: Impacto en la educación y respuestas de política pública*. (mayo de 2020). Disponible en Internet: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33696/148198SP.pdf?sequence=6&isAllowed=y>>

BANCO MUNDIAL. *COVID-19: Impacto en la educación y respuestas de política pública*. (mayo de 2020). Disponible en Internet: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33696/148198SP.pdf?sequence=6&isAllowed=y>>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-911. (31, octubre, 2007). Magistrado Ponente: Dr. Jaime Araújo Rentería. Disponible en Internet: <<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-911-07.htm>>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-167 (10, abril, 2019). Magistrada Ponente: Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado. Disponible en Internet: <<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-167-19.htm>>

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). *Educación en pausa: Una generación de niños y niñas en América Latina y el Caribe está perdiendo la escolarización debido al COVID-19*. (2020). Disponible en Internet: <<https://inee.org/system/files/resources/Educacion-en-pausa-web-1107-2.pdf>>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO). *Coalición Mundial para la Educación*. Disponible en Internet: <<https://es.unesco.org/covid19/globaleducationcoalition>>

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL. Respuesta Derecho de Petición; Radicado No. S-2021-185788 del 27 de mayo de 2021.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL. Dirección de Relaciones con el Sector Educativo Privado. *Boletín Estadístico: Colegios Sector Educativo Privado del Distrito Capital Vigencia 2018*. (2019). Disponible en Internet: <https://www.educacionbogota.edu.co/porta_institucional/sites/default/files/inline-files/Bolet%C3%ADn%20Estad%C3%ADstico%20Colegios%20Sector%20Educativo%20Privado%20del%20Distrito%20Capital.pdf>

PROYECTO DE ACUERDO No. 447 DE 2021

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 2 DEL ACUERDO 780 DE 2020 Y SE DICTAN OTRAS MEDIDAS EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 49 DE LA LEY 2068 DE 2020”.

I. ANTECEDENTES Y OBJETO.

A pesar del continuo crecimiento global que ha mantenido el sector del turismo desde hace algunas décadas en el mundo, a raíz de la emergencia sanitaria causada por la pandemia del COVID-19, este sector hoy enfrenta una de las peores crisis a nivel internacional desde 1950 y pone un final abrupto a diez años de crecimiento sostenido desde la crisis financiera de 2009.⁷⁰

Como consecuencia de lo anterior, los gobiernos de muchos países, entre ellos, el de Colombia ha reconocido la necesidad de crear estrategias y herramientas de salvamento al sector para permitirle salir adelante y evitar la terminación de más empleos de los perdidos durante el año 2020.

Según la Organización Mundial del Turismo, en adelante “OMT”, la pandemia provocó en el primer trimestre de 2020 un descenso del 22% en llegadas de turistas internacionales y en marzo había disminuido en un 57% tras el inicio del confinamiento en muchos países, las restricciones de viaje generalizadas y el cierre de aeropuertos y fronteras nacionales.

Esto se tradujo en una pérdida de 67 millones de llegadas de turistas internacionales en comparación con el mismo periodo de 2019, además, esta organización –la OMT- evidenció que, a 20 de abril de 2020, el 100% de los destinos del mundo había introducido restricciones de viaje en respuesta a la pandemia.

Solo para el sector de la hostelería, la ocupación global se redujo significativamente en marzo, con caídas de dos dígitos en cuanto la variación en los ingresos por habitación disponible (RevPAR), que oscilaban entre el 20% y más del 70% y la OMT señaló que entre 100 y 120 millones de puestos de trabajo estaban en riesgo para junio de 2020 en este sector.⁷¹

Siendo esta la situación, el congreso colombiano expidió la **Ley 2068 de 2020**, “*Por el cual se modifica la Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones*”, en la cual se lanzaron salvavidas para el sector y puntualmente en el artículo 49, se facultó a los concejos municipales y distritales a otorgar medidas para reactivar el turismo, de acuerdo al siguiente tenor:

⁷⁰ World Tourism Organization (UNWTO) (2020). Barómetro OMT del Turismo Mundial, mayo 2020 – Con especial enfoque en el impacto de la COVID-19. <https://www.e-unwto.org/doi/epdf/10.18111/9789284421954>

⁷¹ Ibidem.

“Artículo 49. ESTÍMULOS TRIBUTARIOS TERRITORIALES. *Los concejos municipales y distritales podrán durante las vigencias 2021 y 2022 otorgar como incentivo para la reactivación del turismo en sus territorios, las reducciones en los impuestos territoriales a los contribuyentes que se encuentren clasificados como prestadores de servicios turísticos, de conformidad con lo previsto en la presente ley.”* (Subrayado fuera del texto original)

En este sentido, es importante que la administración de Bogotá tome las medidas necesarias para implementar la Ley de Turismo, en especial, la norma citada para utilizar las herramientas que permitan reactivar económicamente el sector.

Es por ello que el proyecto pretende que se extienda el beneficio del *Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario para el Impuesto Predial Unificado-SPAC a los otros sujetos pasivos del impuesto predial unificado, entre ellos, los fideicomitentes, beneficiarios de los patrimonios autónomos y demás figuras que difieren a la calidad de propietario y que en virtud del acuerdo 780 de 2020 quedaron excluidos de este beneficio.*

Muchos sujetos obligados del impuesto predial, tal y como quedó redactado el artículo segundo quedaron excluidos de este beneficio.

Como segunda medida se propone que todo contribuyente que se encuentre registrado en la Secretaría Distrital de Hacienda, que durante el año 2020 y 2021 hayan prestado el servicio de alojamiento turístico, obtengan un porcentaje de disminución sobre la tarifa del impuesto predial unificado del 30% para quienes pagan una tarifa del 9,5 x mil y del 50% para quienes pagan una tarifa del 8 x mil, teniendo en cuenta que los establecimientos más pequeños fueron los más afectados por la pandemia, atendiendo los criterios de progresividad y equidad.

Finalmente se insta a la administración distrital para que en cabeza de la Secretaría Distrital de Hacienda y el Instituto Distrital de Turismo, presenten al Concejo de Bogotá un proyecto de acuerdo, que incorpore un paquete de medidas para la reactivación de la actividad turística en Bogotá D.C., conforme con las disposiciones de la Ley 2068 de 2020.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

El sector turístico esperaba un mejor panorama para el año 2021 con las aperturas paulatinas del país, sin embargo, la situación solo ha empeorado, Colombia ha recibido restricciones de salida en varios países para sus nacionales y pasajeros provenientes del país y las protestas sociales no han permitido que el sector se recomponga. Solo para el sector hotelero en Bogotá, según la Asociación Hotelera y Turística de Colombia, de 116 hoteles afiliados a esta agremiación, en el 2019 tenían 9.443 empleados, actualmente, con corte a 31 julio de 2021 se mantienen 4.31 empleos, es decir, se han visto en la obligación de despedir más de la mitad de sus empleados, lo que repercute en el cierre total de muchas habitaciones.

2.1. Impacto como política pública:

En el año 2018, fui autor del **Acuerdo 720 de 2018**, (Autor: H.C. Rolando González y suscrito por varios concejales), que adopta los lineamientos de la política pública de turismo, en dicha norma distrital establecimos que los 5 objetivos de la política son:

- 1. Propender porque el turismo sea uno de los sectores que beneficie el desarrollo económico de Bogotá promoviendo una gestión de excelencia basada en el conocimiento, la innovación, la sostenibilidad social y ambiental y articulación regional, nacional y global.*
- 2. Promover turismo propio de una capital de conocimiento, socialmente enriquecedor, sostenible, creativo y dinámico.*
- 3. Consolidar a Bogotá como un lugar de expresiones creativas, auténticas, diversas y de excelencia con productos y servicios turísticos de alta calidad en entornos memorables.*
- 4. Propender porque Bogotá sea escenario turístico de excelencia con una posición privilegiada en Suramérica, con proyección de una oferta temática y por zonas de interés para los viajeros.*
- 5. Promover que todos los visitantes tanto residentes como turistas, que acudan a los sitios turísticos, accedan a información y los servicios que ofrece la ciudad.*

Bogotá venía mostrando una senda de crecimiento del turismo sin embargo en el año 2019, el Instituto Distrital de Turismo identificó tres factores que probablemente afectaron el flujo de turistas de origen nacional a Bogotá durante el 2019: desaceleración económica, periodo de elecciones regionales y problemas de orden público.

Del mismo modo, el turismo internacional en el 2019 tuvo un crecimiento del 1,4% y se mantuvo entre lo esperado por la Organización Mundial del Turismo en relación con el crecimiento esperado en la región de América del Sur del 2%.⁷²

La ciudad durante el año 2019, recibió turistas de Estados Unidos (16%), México (6%), Ecuador (4,5%), España (4,5%), Chile (3,3%), Perú (3,3%), Panamá (3,1%), Argentina (2,9%), Brasil (2,0%), Alemania (1,9%) y otros países (52,0%).

Por motivo de vacaciones, recreación y ocio vinieron el 55% de los turistas, como segunda motivación de esta subpoblación fue la intención de visitar a familiares y amigos 23,5%. Mientras que los nacionales, el porcentaje más alto fue por motivos profesionales y de negocios (10,3%).

⁷²<http://www.bogotaturismo.gov.co/sites/default/files/Investigaci%C3%B3n%20Viajeros%20en%20Bogot%C3%A1%202019%20DV%20V1.pdf>

Es importante tener en cuenta que el 47% de los turistas internacionales se hospedaron en hotel durante el año 2019. Eso significó alrededor de 893 mil personas que utilizaron la infraestructura hotelera de la ciudad. A eso se le debe sumar 1.966.770 turistas nacionales que se alojaron en hoteles, lo que arroja que la hotelería recibió alrededor de 3 millones de viajeros en el año.

Los turistas generan en la ciudad una importante fuente de recursos: 2.464 millones de dólares en el 2019 y que creció comparado con el 2018 en un 1,4%. Los turistas internacionales y nacionales generaron un gasto diario de 103 USD y 47 USD, respectivamente, el 15% fue destinado a alojamiento. Adicional a ello, los turistas en general permanecen alrededor de 4 días en un hotel.

	2018	2019	Var %
Turistas nacionales	\$ 1.515	\$ 1.523	0,5%
Turistas internacionales	\$ 916	\$ 941	2,7%
Total turistas	\$ 2.431	\$ 2.464	1,4%

Cifras en Millones de dólares

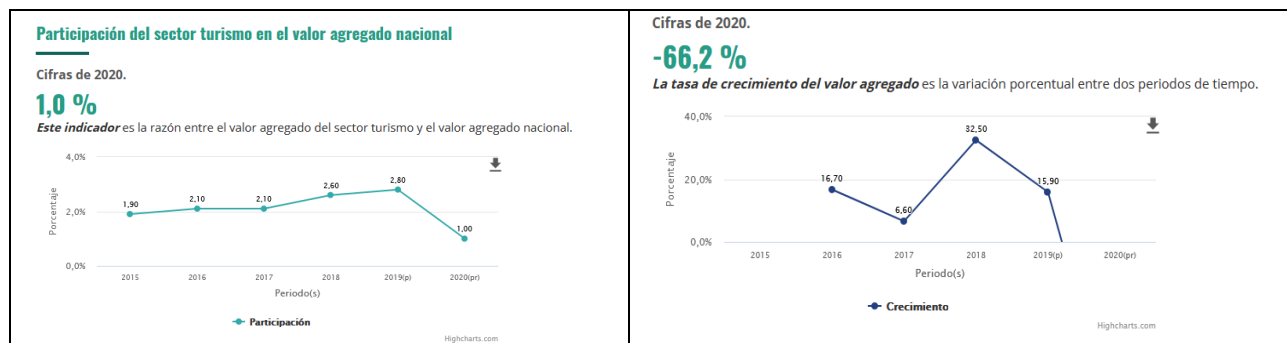
Fuente: Investigación Encuesta de Viajeros en Bogotá 2020.

	Cantidad de noches
Turistas nacionales	4
Turistas internacionales	5
Total turistas	4

Fuente: Investigación Encuesta de Viajeros en Bogotá 2020.

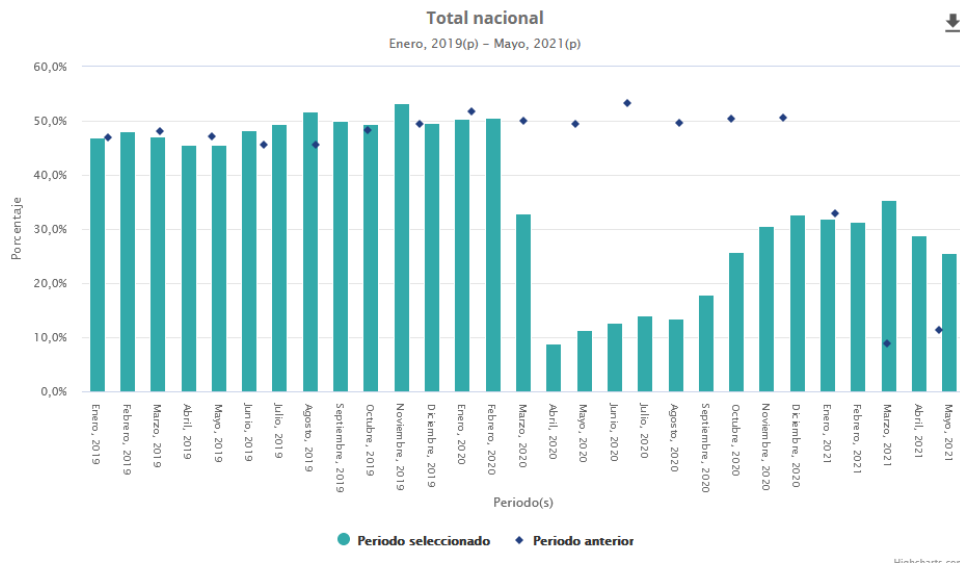
Esta senda de crecimiento e ingresos se vino al traste en el año 2020 con la pandemia del COVID-19, el cierre de aeropuertos, las restricciones de movilidad interna, la suspensión de todas las actividades que general aglomeración representó un fuerte golpe a este sector económico de la ciudad.

La cuenta satélite del sector y calculada por el DANE son alarmantes, la participación del sector turismo en el valor agregado nacional fue de apenas el 1,0% y la Tasa de crecimiento del valor agregado del sector turismo fue negativa ubicándose en -66,2 %.



Fuente: <https://sitios.dane.gov.co/turismo/#!/industria/ind127>

Todo esto afectó la ocupación hotelera que cayó drásticamente en el país y que a la fecha no ha logrado recuperar los niveles del año 2019.



Para el caso de Bogotá, la EMA, muestra que Bogotá fue la ciudad más golpeada por la pandemia, los ingresos reales cayeron un 74%, el personal ocupado un 12% y una caída en salarios del -2,8%.

(EMA) Encuesta Mensual de Alojamiento
Variación bial y contribución de los ingresos reales, personal ocupado y salarios (porcentaje y puntos porcentuales)
Total nacional y 12 regiones (mayo 2021/2019)

Dominio geográfico	Ingresos reales		Personal ocupado		Salarios	
	Variación %	Cont pp	Variación %	Cont pp	Variación %	Cont pp
Total nacional	-52,3		-37,5		-4,1	
Bogotá D.C.	-73,8	-22,4	-57,5	-12,3	-2,8	-6,7
Cartagena	-48,2	-9,4	-36,3	-6,4	-6,2	-0,7
Región Central	-34,7	-1,7	-24,2	-2,0	-5,0	0,8
Región Costa Caribe	-31,6	-2,9	-28,6	-3,8	1,5	0,8
Región Eje Cafetero	-55,3	-2,0	-31,1	-1,6	6,1	0,7
Antioquia	-48,8	-5,4	-37,4	-4,4	-1,6	-0,4
San Andrés y Providencia	-27,8	-2,6	-21,5	-1,3	1,4	2,1
Región Pacífico	-62,0	-3,7	-42,7	-2,9	-6,3	-0,7
Región Santanderes	-31,2	-1,0	-29,2	-1,3	-9,4	0,0
Región Llanos Orinoquía	-30,5	-0,5	-27,3	-0,7	-2,2	0,2
Golfo Morrosquillo y Sabana	-32,7	-0,3	-24,7	-0,4	-0,9	0,1
Región Amazonia	-79,9	-0,6	-32,5	-0,3	-40,5	-0,3

Fuente: DANE

Las cifras evidencian una lenta recuperación y aunque los meses de abril y mayo muestran niveles del 186% y 193%, es con respecto al 2020 y no con el año 2019.

**Variaciones anuales de los ingresos reales Total nacional y Bogotá
Enero 2020 - mayo 2021**

Meses		Total nacional	Bogotá D.C.
2020(p)	Enero	8,1	3,9
	Febrero	10,1	6,8
	Marzo	-44,8	-42,9

	Abril	-95,0	-88,4
	Mayo	-94,7	-91,1
	Junio	-93,0	-86,7
	Julio	-91,9	-88,7
	Agosto	-91,5	-88,2
	Septiembre	-83,2	-85,3
	Octubre	-64,7	-78,0
	Noviembre	-58,6	-69,2
	Diciembre	-49,3	-61,4
2021(p)	Enero	-45,5	-67,3
	Febrero	-52,0	-70,5
	Marzo	14,2	-34,9
	Abril	994,1	186,0
	Mayo	796,5	193,9

En ese orden de ideas, este año 2021 también muestra un lento crecimiento para la industria hotelera, teniendo en cuenta que no se ha terminado de reactivar los vuelos internacionales, los eventos, ni las actividades o encuentro de negocios.

Diversas aerolíneas disminuyeron sus vuelos hacia Bogotá, lo que ocasiona que el tráfico aéreo hacia la ciudad se vea bastante reducida.

Año	Vuelo de llegada
2012	2.551.406
2013	2.946.138
2014	3.328.773
2015	3.669.940
2016	3.796.596
2017	4.078.369
2018	4.465.741
2019	4.474.847
2020	1.106.222
2021	341.762

Fuente:

https://www.citur.gov.co/estadisticas/df_pax_aereo_internacionales/all/47#gsc.tab=0

La ley 2068 de 2020, trajo varios beneficios al sector económico buscando su reactivación por la situación generada por la pandemia, todas estas medidas son de tipo transitorio:

1. Exención de la sobretasa o contribución especial en el sector eléctrico, sin embargo esta es transitoria y va hasta el 31 de diciembre de 2021.
2. El artículo 41 de la Ley 2068 de 2020 modifica el parágrafo 5 del artículo 240 del ET para establecer las rentas que estarán gravadas a la tarifa especial del 9%, entre las cuales figuran:

- a. Servicios prestados en nuevos hoteles construidos en municipios de hasta 200.000 habitantes.
- b. Servicios prestados en hoteles que se remodelen y/o amplíen en municipios de hasta 200.000 habitantes.
3. Hasta el 31 de diciembre de 2022, los tiquetes aéreos de pasajeros, servicios conexos y la tarifa administrativa asociada a su comercialización estará gravada a la tarifa del 5 % del IVA.
4. Exención del IVA para los servicios de hotelería y turismo hasta el 31 de diciembre de 2021 a residentes en Colombia, incluyendo turismo de reuniones, congresos, convenciones, exhibiciones y entretenimiento.
5. Las tarifas del impuesto nacional al consumo –INC– señaladas en los artículos 512-9 y 512-12 del ET se reducirán al 0 % hasta el 31 de diciembre de 2021.

2.2. Sobre el Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario para el Impuesto Predial Unificado.SPAC.

El Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario-SPAC para el Impuesto Predial Unificado nació con el Acuerdo 648 de 2016, que, en otras palabras, habilita el pago por porcentajes del impuesto predial. Inicialmente el SPAC fue pensado solamente para los propietarios de bienes o predios de uso residencial y habilita un pago por cuotas que no genera ningún tipo de interés al contribuyente, salvo cuando no se verifique el debido cumplimiento de las cuotas. El SPAC inicialmente fue consagrado para los contribuyentes que reúnan los siguientes requisitos:

- *Ser persona natural.*
- *Ser contribuyente de predial en calidad de propietario.*
- *Ser propietario de un predio de uso residencial.*

Posteriormente, el Acuerdo 780 de 2020, denominado “Plan Marshall” modificó en su artículo segundo, ampliando el sujeto que podía hacer uso del SPAC, incluyendo a las personas jurídicas, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 2. Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario para el Impuesto Predial Unificado. *Modifíquese el artículo 3 del Acuerdo 648 de 2016. A partir del año gravable 2021, el contribuyente persona natural o jurídica, propietario de bienes o predios de uso residencial o no residencial, podrán optar por esta modalidad de forma indefinida, bien sea a solicitud de parte o de manera automática según reglamentación que para el efecto se expida.”*

Es así como la Secretaría de Hacienda manifiesta “*Con fundamento en el anterior recuento normativo, resulta de forzosa conclusión que el SPAC es un sistema de pago al que solo pueden acceder los contribuyentes del impuesto predial que tengan calidad de propietarios”.*

Esto excluye a otros sujetos pasivos del impuesto predial unificado como sería la situación de los fideicomitentes y/o beneficiarios de los patrimonios autónomos, afectando a un importante

segmento de empresarios que se dedican a la hotelería y turismo que actualmente tienen predios administrados a través de estas figuras jurídicas patrimonios autónomos bajo la figura del contrato de fiducia mercantil.

Por ejemplo, el artículo 177 de la Ley 1607 de 2012, “por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones”, previó que “son sujetos pasivos del impuesto predial unificado los tenedores a título de arrendamiento, uso, usufructo u otra forma de explotación comercial que se haga mediante establecimiento mercantil dentro de las áreas objeto del contrato de concesión correspondientes a puertos aéreos y marítimos”

Vale la pena mencionar, que el artículo 54 de la Ley 1430 de 2010 y el Acuerdo 469 de 2011, establece que los fideicomitentes son sujetos pasivos de los impuestos municipales. Así, el artículo 15 del Acuerdo 469 de 2011, sobre los obligados a presentar declaración del impuesto predial Unificado, prevé:

ARTÍCULO 15°. Obligados a presentar declaración del impuesto predial unificado. *Los propietarios, poseedores, usufructuarios, así como los tenedores de bienes públicos entregados en concesión, ubicados en la jurisdicción de Bogotá Distrito Capital, estarán obligados a presentar anualmente y durante el respectivo período, una declaración del impuesto predial unificado por cada predio, sin perjuicio de las exenciones y exclusiones contenidas en las normas vigentes. En el caso de predios que pertenezcan a varias personas, la presentación de la declaración por una de ellas, libera de dicha obligación a las demás, independientemente de la responsabilidad de cada una por el pago del impuesto, intereses y sanciones, en proporción a la cuota parte o derecho que tengan en la propiedad; cuando el poseedor o poseedores, no ostenten la posesión de la totalidad del predio por el cual deban cumplir con su obligación, declararán éste en la proporción de lo que posean. En estos eventos, la calidad de declaración inicial y de corrección se examinará frente a cada declarante. Cuando se trate de predios vinculados y/o constitutivos de un patrimonio autónomo, son responsables por las obligaciones formales y sustanciales del impuesto, los fideicomitentes y/o beneficiarios del respectivo patrimonio, en su calidad de sujetos pasivos”*

Señala la Asociación Hotelera y Turística de Colombia que:

“En el caso del sector hotelero, se tiene que más del 90% de los establecimientos dedicados a esta franja, no funcionan bajo el esquema de propietarios directos, sino bajo contratos de mandato, situación que impide, bajo la literalidad de la norma, acceder a los plazos ampliamente más favorables descritos en la norma, para el pago del impuesto predial unificado”

Por lo tanto, este proyecto plantea modificar el artículo del Acuerdo 780 de 2020 que permita a las demás figuras hoteleras poder ser incluidos en el SPAC, a partir de la vigencia 2022.

2.3. Reducción del impuesto predial para establecimientos dedicados a alojamiento turístico.

De acuerdo al CITUR, en Colombia existen 41 prestadores de servicios turísticos de los cuales 27 mil son alojamientos (10.292 hoteles, 12.573 viviendas turísticas, 1.543 apartahoteles y 2.103 hostales). En Bogotá se encuentran con RNT vigente 4.508 prestadores de servicio turístico de los cuales 1.414 son hoteles.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OPERADORES PROFESIONALES DE CONGRESOS, FERIAS Y CONVENCIONES	35	46	55	64	95	114	122	155	141	167	184	215	180	189	287	265
EMPRESA DE TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR	0	0	28	33	45	45	54	63	55	56	79	90	80	102	152	125
ESTABLECIMIENTO DE GASTRONOMIA Y SIMILARES	43	43	170	155	183	272	296	386	393	414	452	487	587	541	565	494
ESTABLECIMIENTO DE ALOJAMIENTO Y HOSPEDAJE	239	269	328	384	466	563	626	678	645	721	747	809	847	872	1646	1414
ARRENDADORES DE VEHICULOS PARA TURISMO NACIONAL E INTERNACIONAL	22	36	54	70	91	98	43	37	38	42	39	40	39	35	58	54
OFICINA DE REPRESENTACION TURISTICA	79	106	120	119	138	148	140	174	137	150	143	164	168	133	191	153
AGENCIA DE VIAJES	844	1030	1223	1188	1375	1563	1467	1875	1345	1397	1526	1660	1518	1492	2015	1676
CONCESIONARIOS DE SERVICIOS TURISTICOS EN PARQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	2
GUIA DE TURISMO	210	273	285	331	347	366	402	411	424	431	156	131	163	200	270	301
PARQUES TEMÁTICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	4	4
USUARIOS OPERADORES, DESARROLLADORES E INDUSTRIALES EN ZONAS FRANCAS TURISTICAS	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0	1	0	0	0	1
EMPRESA DE TIEMPO COMPARTIDO Y MULTIPROPIEDAD	13	15	15	12	14	16	14	16	18	18	18	18	13	14	16	14
EMPRESAS CAPTADORAS DE AHORRO PARA VIAJES Y DE SERVICIOS TURISTICOS	1	2	2	2	3	5	4	5	13	15	12	17	18	16	13	5
Total General	1486	1820	2280	2358	2757	3190	3168	3807	3210	3414	3358	3635	3618	3597	5218	4508

Estos establecimientos de alojamiento suman 29.843 habitaciones y 43.900 camas, siendo la ciudad del país que más aporta en estos ítems del país. Ahora bien, el sector hotelero de la ciudad muestra una reducción del número de establecimientos dedicados a servicios turísticos pasando de 4.144 a 3.266 y alrededor de 502 inmuebles.

Tabla 2. Número de prestadores de servicios turísticos por tipo de RNT

Tipo de RNT	Número de empresas		Participación		Variación
	2019	2020	2019	2020	2019-2020
Establecimiento	4.144	3.266	81,2%	80,6%	-21,2%
Inmueble	690	502	13,5%	12,4%	-27,2%
Guía De Turismo	270	284	5,3%	7,0%	5,2%
Total Bogotá	5.104	4.052	100,0%	100,0%	-20,6%

Fuente: MinComercio. Cálculos del Observatorio de Turismo

<https://www.idt.gov.co/sites/default/files/Informe%20Comparaci%C3%B3n%20Prestadores%20de%20Servicios%20Tur%C3%ADsticos%202019-2020%20DVO%20V1.pdf>

a. ¿Qué es el Registro Nacional de Turismo?

El artículo 61 de la Ley 300 de 1996, modificado por el **artículo 33 de la Ley 1558 de 2012**, estableció que el Ministerio de Desarrollo Económico, hoy Ministerio de Comercio, Industria y

Turismo, llevará un Registro Nacional de Turismo, en el cual deberán inscribirse todos los prestadores de servicios turísticos que efectúen sus operaciones en Colombia. Este registro será obligatorio para el funcionamiento de dichos prestadores de servicios turísticos y deberá actualizarse anualmente.

El Decreto Ley 019 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictaron normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, ordenó que al Registro Único Empresarial y Social – RUES, se incorporará e integrará, entre otros registros, el Registro Nacional de Turismo. En efecto, el artículo 166 de la norma en mención traslada la inscripción, actualización y cancelación del Registro Nacional de Turismo a las cámaras de comercio del país desde el año 2012.

Por su parte, el **artículo 12 de la Ley 1101 de 2006** modificado por el Decreto 229 de 2017, señala que los prestadores de servicios turísticos que se relacionan a continuación, deben inscribirse en el Registro Nacional de Turismo:

1. Los hoteles, centros vacacionales, campamentos, viviendas turísticas y otros tipos de hospedaje no permanente, excluidos los establecimientos que prestan el servicio de alojamiento por horas.
2. Las agencias de viajes y turismo, agencias mayoristas y las agencias operadoras.
3. Las oficinas de representación turística.
4. Los guías de turismo.
5. Los operadores profesionales de congresos, ferias y convenciones.
6. Los arrendadores de vehículos para turismo nacional e internacional.
7. Los usuarios operadores, desarrolladores e industriales en zonas francas turísticas.
8. Las empresas promotoras y comercializadoras de proyectos de tiempo compartido y multipropiedad.
9. Los establecimientos de gastronomía y bares, cuyos ingresos operacionales netos sean superiores a los 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes y este ubicado en un lugar turístico conforme lo establecido en las Resoluciones 347 y 348 de 2007.
10. Las empresas captadoras de ahorros para viajes y de servicios turísticos prepagados.
11. Los concesionarios de servicios turísticos en parque.
12. Las empresas de transporte terrestre automotor especializado, las empresas operadoras de chivas y de otros vehículos automotores que presten servicio de transporte turístico.
13. Los parques temáticos.
14. Los demás que el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo determine.

Las normas que regulan y autorizan la creación del impuesto predial unificado son la Ley 44 de 1990 y para el caso del Distrito Capital, el Decreto Ley 1421 de 1993, y se define como un gravamen de tipo real que recae sobre el valor del inmueble sin consideración a la calidad del sujeto pasivo y sin tener en cuenta los gravámenes y deudas que el inmueble soporta.

A partir de una interpretación histórica de las normas que regulan el impuesto predial unificado, la Sala precisó que el tributo “no se creó para gravar la propiedad privada únicamente, sino que su finalidad ha sido, siempre, gravar la propiedad raíz, los bienes

inmuebles, independientemente de la persona que ostente la calidad de propietario, poseedor, usufructuario o tenedor”⁷³

En ese orden de ideas, muchos establecimientos dedicados al alojamiento durante el año 2020 y lo corrido de 2021, dejaron de generar ingresos económicos como consecuencia de los confinamientos del covid-19. No obstante a diferencia de otros impuestos como el ICA, donde al reducirse los ingresos también se reduce la base gravable, en el predial así el inmueble no tenga el uso comercial, este se causa por la propiedad del mismo.

En ese sentido, de acuerdo a la DIAN, existen cuatro categorías de actividad de alojamiento:

- 5111 -Alojamiento en hoteles
- 5512 -Alojamiento en apartahoteles
- 5513 -Alojamiento en centros vacacionales
- 5514 -Alojamiento rural

De acuerdo a las cifras de la Secretaria de desarrollo Económico, en su estudio de vulnerabilidad ubicó al sector de alojamiento como sector IV o más vulnerables, donde trabajan alrededor de 7.124 personas en empleos directos.

	Microempres a	Pequeña a empresa	Mediana empres a	Gran empres a	Ocupado s	Mujere s	Hombre s
55- Alojamiento	1.030	226	48	9	7.124	4.416	2.708

Es por eso, que en otras ciudades para evitar que se pierda más establecimientos dedicados a esta actividad, se ha impulsado medidas que permitan generar un alivio tributario en especial en materia de impuesto predial unificado. Ciudades como Popayán⁷⁴ o Medellín⁷⁵, han expedido la respectiva medidas promovidas con el artículo 49 de la Ley 2068 de 2020.

- Barrancabermeja, estableció un descuento del 50% en el valor de impuesto predial para los hoteles.
- Medellín estableció una exención del 40% en 2022 en los impuestos predial e industria y comercio para operadores turísticos que se encuentren clasificados y registrados como prestadores de servicios turísticos en el registro nacional de turismo (artículo 49 Ley 2068).
- Bucaramanga mediante el Acuerdo 033 de 2020, fijó un descuento del 50% en predial para el año 2020 y del 30% para el año 2021.

⁷³ Consejo de Estado, Sala se lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta. CP. Jorge Octavio Ramírez Ramírez. 29 de mayo de 2014. Radicación: 23001233100020090017301(19561). Ver: [https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/25000-23-27-000-2011-00323-01\(19866\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/25000-23-27-000-2011-00323-01(19866).pdf)

⁷⁴ Acuerdo No. 009 de 2021.

⁷⁵ Acuerdo No. 067 de 2021.

En ese sentido, consideramos importante establecer una reducción del predial para el año 2022 atendiendo la preocupación del sector el cual ha sido varias veces manifestado al gobierno distrital en diferentes mesas de trabajo.

III. MARCO LEGAL DEL PROYECTO DE ACUERDO

Sea lo primero empezar citando la Constitución Política de Colombia que en su artículo 2° establece que 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”*.

Por su parte, el artículo 209 establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Siendo estas las bases para desarrollar este acuerdo que beneficia al sector turismo, sector que además se encuentra reconocido por nuestra Constitución Política, presentamos el siguiente proyecto de acuerdo con en el marco normativo que se relaciona a continuación:

Constitución Política:

Además de los citados, los artículos 13, 52, 80, 313, 333, 338 y 339.

Leyes:

- Ley 300 de 1996, *“Por la cual se expide la Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 590 de 2000, *“Por la cual se dictan disposiciones para promover el desarrollo de las micro, pequeñas y medianas empresa”*.
- Ley 1101 de 2006, *“Por la cual se modifica la Ley 300 de 1996 - Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 1429 de 2010, *“Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo”*.
- Ley 1558 de 2012, *“Por la cual se modifica la Ley 300 de 1996 -Ley General de Turismo, la Ley 1101 de 2006 y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 2010 de 2019, *“Por medio de la cual se adoptan normas para la promoción del crecimiento económico, el empleo, la inversión, el fortalecimiento de las finanzas públicas y la progresividad, equidad y eficiencia del sistema tributario, de acuerdo con los objetivos que sobre la materia impulsaron la Ley 1943 de 2018 y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 1955 de 2019, *“Por el cual se expide El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”*.
- Ley 2068 de 2020, *“Por el cual se modifica la Ley general de Turismo y se dictan otras disposiciones”*

Decreto Nacional:

- Decreto 1074 de 2015, *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo."*

CONPES:

CONPES 3397 de 2005: Política Sectorial de Turismo. Hace énfasis en las tecnologías de la información y de las comunicaciones como elemento importante en el desarrollo del turismo en el país.

CONPES 3640 de 2010: Lineamientos de política para el desarrollo del turismo de convenciones y congresos.

Acuerdos Distritales:

- Acuerdo 469 de 2011, *"Por el cual se establecen medidas especiales de Pago de Tributos en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"*
- Acuerdo 720 de 2018 que adopta los Lineamientos de la Política Pública Distrital de Turismo, como la hoja de ruta del Sector Turismo para consolidarlo como un sector beneficioso para el desarrollo económico, social y ambiental de la ciudad y el destino creativo de Suramérica.
- Acuerdo 780 de 2020 *"Por el cual se establecen incentivos para la reactivación económica, respecto de los impuestos predial unificado e industria y comercio, producto de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (Covid-19), se adopta el impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación (simple) en el Distrito Capital, se fijan las tarifas consolidadas del mismo, se establecen beneficios para la formalización empresarial y se dictan otras medidas en materia tributaria y de procedimiento"*.

Decreto Distrital:

- Decreto Distrital 349 de 2020, *"Por medio del cual se reglamenta el Acuerdo Distrital 780 de 2020, Por el cual se establecen Incentivos para la reactivación económica, respecto de los Impuestos predial unificado e industria y comercio, producto de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (covid-19), se adopta el impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación (simple) en el Distrito Capital, se fijan las tarifas consolidadas del mismo, se establecen beneficios para la formalización empresarial y se dictan otras medidas en materia tributaria y de procedimiento"*.

Jurisprudencia:

En la Sentencia C-1183/08, La Corte Constitucional reafirma la competencia de los entes territoriales para desarrollar sus propios intereses y así garantizar su autonomía, así que señaló:

"La autonomía debe entenderse como la capacidad de que gozan las entidades territoriales para gestionar sus propios intereses, dentro de los límites de la Constitución y la ley, lo cual

quiere decir que si bien, por un lado, se afirman los intereses locales, se reconoce, por otro, la supremacía de un ordenamiento superior, con lo cual la autonomía de las entidades territoriales no se configura como poder soberano sino que se explica en un contexto unitario, y debe desarrollarse dentro de los límites de la Constitución y la ley, por lo que se le atribuye a las entidades territoriales los siguientes derechos: (i) gobernarse por autoridades propias; (ii) ejercer las competencias que les correspondan; (iii) administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones, y (iv) participar en las rentas nacionales.”

Así mismo, la sentencia ya citada, permite entender que el Concejo Municipal, en cumplimiento la disposición normativa, cree la tasa y genere la metodología y el sistema para liquidar las tarifas. Con respecto a este propósito, la Corte mencionó, lo que a continuación se transcribe:

“En materia de fuentes de financiación de las entidades territoriales, la Corte ha establecido una diferencia entre aquellas que son endógenas, es decir, rentas originadas en la explotación de bienes o la prestación de servicios propios de aquéllas, así como las que se producen en virtud de fuentes tributarias propias, en la que los recursos provenientes de ellas son, en estricto sentido, recursos suyos, y por ende, en principio, inmunes a la intervención legislativa, de una parte; y las fuentes exógenas de financiación, caracterizadas por no pertenecerles y, en consecuencia, la Constitución faculta al poder central a fijar su destinación, siempre que la misma se adecue a las prioridades de la Carta, en la satisfacción de las necesidades básicas de los pobladores de cada jurisdicción, incluyendo el gasto en recreación y deporte”.

3.1. Competencia del Concejo de Bogotá

El Concejo de Bogotá es la suprema autoridad del Distrito Capital, es competente como lo señala expresamente el Decreto Ley 1421 de 1993 en su artículo 12 numeral 1º en el que establece: *"Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de servicios a cargo del Distrito"*.

Aunque comprendemos que una parte del articulado, la iniciativa pertenece a la gobierno distrital, hay sentencia que han señalado que durante el trámite normativo puede presentarse el aval que subsane la competencia de los concejales para presentar asuntos privativos del gobierno distrital.

La Sentencia C-066 de 2018, MP Cristina Pardo Schlesinger. sobre este particular, en Sentencia C-322 de 2017 (MP Antonio José Lizarazo Ocampo), la Corte precisó que *"en las materias sujetas a iniciativa privativa o exclusiva del Gobierno Nacional, **el aval opera como una forma de activación del proceso legislativo o como una manifestación especial de consentimiento respecto de un asunto que se inició sin su previa aquiescencia**, sin que, por su propia naturaleza, tenga la posibilidad de excluir el carácter autónomo del ejercicio deliberativo del Congreso, en lo que respecta a la configuración de las materias sujetas a su aprobación, en donde caben las adiciones, supresiones o modificaciones que se estimen pertinentes, con la única carga, no sujeta a un control específico del ejecutivo para su aprobación, de no alterar de forma sustancial la iniciativa, esto es,*

de dar trámite a una regulación radicalmente distinta a la propuesta. De esta manera, la iniciativa abre el espacio de deliberación y aprobación congressional, en materias específicas y claramente delimitadas por la Constitución, sin alterar la esencia de la autonomía parlamentaria y con una única limitante relativa a la custodia de la estructura sustancial del proyecto, cuya verificación no se sujeta a la capacidad decisoria del ejecutivo, sino, eventualmente, a un examen de constitucionalidad a través de los mecanismos ordinarios previstos en la Carta.” También se puede consultar la Sentencia C-838 de 2008, MP Marco Gerardo Monroy Cabra. (Subrayado propio).

3.2 Impacto Fiscal.

Este proyecto en su artículo segundo genera impacto fiscal, en la proposición que la reducción de la tarifa propuesta, puede afectar el recaudo parcialmente del predial para esta actividad. No obstante a ello, estos recursos pueden ser compensando aumentando la fiscalización y el control sobre la evasión tributaria.

Cordialmente, Honorables Concejales.

ROLANDO GONZÁLEZ GARCÍA

Partido Cambio Radical

PEDRO JULIÁN LÓPEZ SIERRA

Partido Cambio Radical

Proyectaron: Angélica Gómez –Asesora

Camilo Torres C –Asesor

CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO

Partido Cambio Radical

YEFER YESID VEGA BOBADILLA

Partido Cambio Radical

PROYECTO DE ACUERDO No. 447 DE 2021**PRIMER DEBATE**

“POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 2 DEL ACUERDO 780 DE 2020 Y SE DICTAN LINEAMIENTOS EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 49 DE LA LEY 2068 DE 2020”.

El Concejo de Bogotá, Distrito Capital,

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el Numeral 1º y 25 del Artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993 y por el artículo 9 de la Ley 2068 de 2020.

ACUERDA:

Artículo 1. Modifíquese el artículo segundo del Acuerdo Distrital 780 de 2020, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 2. Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario para el Impuesto Predial Unificado. Modifíquese el artículo 2 del Acuerdo 780 de 2020, así:

A partir del año gravable 2021, el contribuyente persona natural o jurídica, propietario de bienes o predios de uso residencial o no residencial, podrán optar por esta modalidad de forma indefinida, bien sea a solicitud de parte o de manera automática según reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo: *La Secretaría Distrital de Hacienda, reglamentará en la aplicación del Sistema de Pago Alternativo por Cuotas Voluntario para el Impuesto Predial Unificado-SPAC la inclusión de otros sujetos pasivos del impuesto predial unificado, entre ellos, los fideicomitentes, beneficiarios de los patrimonios autónomos y demás figuras que difieran de la calidad de propietario.*

Artículo 2. Reducción en la tarifa para el pago del impuesto predial unificado para predios no residenciales que presten el servicio de alojamiento turístico. En cumplimiento del artículo 49 de la Ley 2068 de 2020, para la vigencia 2022, todo contribuyente que se encuentre registrado en la Secretaría Distrital de Hacienda, que durante el año 2020 y 2021 hayan prestado el servicio de alojamiento turístico, obtendrán un porcentaje de disminución sobre la tarifa del impuesto predial unificado, establecida en el artículo 2 del Acuerdo 648 de 2016, así:

<i>Categoría del Predio</i>	<i>Destino Hacendario</i>	<i>Tarifa x mil</i>	<i>Avaluo Catastral 2021</i>	<i>% de disminución en la tarifa año 2022</i>
	62	8	Menor o igual a 240.907.000	50%

Comerciales en suelo rural o urbano			
	9,5	Mayor a 240.907.001	30%

Paragrafo: Solamente podrán ser beneficiarios de la reducción en la tarifa los contribuyentes que ostenten la calidad de sujetos pasivos de los predios comerciales en suelo rural o urbano donde se desarrolle como actividad económica principal las relacionadas en el numeral 1 del artículo 12 de la Ley 1101 de 2006, que: i) cuente con inscripción activa y vigente en el Registro Nacional de Turismo a la publicación de este acuerdo, y, ii) no se encuentre en mora en el impuesto predial unificado de vigencias anteriores al 2022.

Artículo 3. La administración distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Hacienda y en coordinación con el Instituto Distrital de Turismo, presentarán al Concejo de Bogotá un proyecto de acuerdo, que incorpore un paquete de medidas para la reactivación de la actividad turística en Bogotá D.C., conforme con las disposiciones de la Ley 2068 de 2020.

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

PUBLIQUESE Y CUMPLESE

PROYECTO DE ACUERDO No. 448 DE 2021**PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE BUSCA INSTITUCIONALIZAR LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EXPOSICIÓN DE MOTIVOS****1. OBJETO DEL PROYECTO**

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

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

3. PROYECTO DE ACUERDO	TRÁMITE
Proyecto de Acuerdo 292 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: José David Castellanos Orjuela y Luz Marina Gordillo Salinas (Coordinadora). Archivado
Proyecto de Acuerdo 434 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: Cesar Alfonso García Vargas y Edward Aníbal Arias Rubio (Coordinador). Archivado
Proyecto de Acuerdo 577 de 2017: “Por el cual se implementa la ruta integral de atención en salud materno - perinatal e infantil, en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el Distrito Capital”	Autores: H.C: Nelly Patricia Mosquera Murcia, Rubén Darío Torrado Pacheco, David Ballén Hernández y Ricardo Andrés Correa Mojica. Ponentes: N/A Archivado
Proyecto de Acuerdo 296 de 2018: “Por medio del cual se modifica el acuerdo 51 de 2001 “Por el cual se dictan normas para la atención a las personas con discapacidad,	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.

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”	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.

4. JUSTIFICACIÓN

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

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

Existen varios tipos de parto⁷⁶:

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

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

El tercer tipo de parto, el cual es el objeto del presente Proyecto de Acuerdo, es el parto humanizado o parto no intervenido. Es bastante similar al parto natural, pero se diferencia en que se pone especial atención a la vigilancia fetal y se cumplen las normas de asepsia a la vez que se ejerce un monitoreo biofísico y bioquímico del feto. Ahora bien, el parto también es asistido pero se prescinden de procedimientos terapéuticos; los elementos centrales de los 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

⁷⁶ 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>

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)⁷⁷, 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 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”

⁷⁷ 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>

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)⁷⁸, 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.

⁷⁸ 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.

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)⁷⁹, en América Latina en especial, ha sido tradición que mujeres parteras o comadronas sean un factor importante durante el parto, al asistir en el mismo a la madre en las comunidades más remotas y en donde los servicios de salud son prácticamente inexistentes. En pocas palabras, permite que las mujeres tengan la compañía de una persona de confianza, como las mencionadas matronas. Esto es de particular importancia para comunidades étnicas que aún efectúan esta clase de partos.

En el mismo sentido, y constituyendo una – segunda – ventaja, es que permite que la mujer en labor tener la compañía de su pareja o de otra persona que ella considere de gran valor e importancia para su vida, contribuyendo a generar un clima de seguridad, confianza y tranquilidad para la madre 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)⁸⁰. 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 madre⁸¹.

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,

⁷⁹ 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>

⁸⁰ 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>

⁸¹ Ver: Íbid, p. 21.

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).

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)⁸², a su vez, señala una serie de ventajas que la implementación del parto humanizado tendría para las mujeres, así como para los recién nacidos.

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

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

- Las madres gestantes que disfruten de un acompañamiento continuo durante el proceso del parto presentan más probabilidades de parto espontáneo vaginal, a la par que se reduce la necesidad de analgésicos, se reduce el riesgo de insatisfacción, se reduce el trabajo del parto así como la reducción en probabilidad de cesárea, parto instrumentado y/o uso de anestesia regional.
- Se reducen los riesgos durante el trabajo de parto tanto para la madre como para los bebés por nacer.
- Se beneficia a la salud del bebé recién nacido, al punto de mejorar el puntaje de la prueba APGAR que se suele aplicar a los neonatos, reduciendo la probabilidad de una puntuación menor a 7⁸³.
- 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 vertebral⁸⁴).

⁸² 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

⁸³ 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

⁸⁴ Ver: Instituto Marquès. (2021). La anestesia epidural o peridural.

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

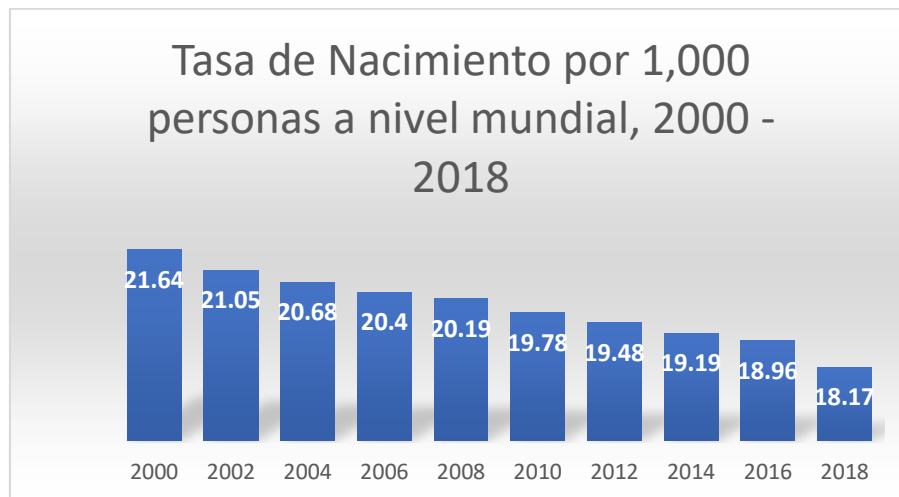
5. CONTEXTO INTERNACIONAL, LATINOAMERICANO, NACIONAL Y DISTRITAL

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

A nivel mundial

A nivel mundial, se puede observar un decrecimiento general de los nacimientos en el período comprendido entre los años 2000 y 2018, de acuerdo con el Banco Mundial (2018)⁸⁵, observándose que la tasa de Nacimiento por 1,000 personas ha presentado un decrecimiento considerable. De hecho, dicha tasa era de 21,64 en el 2000, reduciéndose hasta un 18,17 en el 2018, tal y como hace patente la siguiente gráfica:

Gráfico 1.



Fuente: Banco Mundial (2021). Elaboración propia.

Otra fuente señala, de forma más detallada, un ligero descenso en el número de nacimientos a nivel mundial entre los años 2016 a 2019, pasando de 140.230.000 millones durante el 2016 a 140.110 millones durante el 2019. Continentes como África y Oceanía presentaron un aumento de nacimientos durante dicho periodo, a la par que continentes como Asia, Europa presentaron

⁸⁵ World Bank. (2021). Birth rate, crude (per 1,000 people).

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

descensos considerables, con América Latina presentando un descenso de forma más ligera (Ritchie, septiembre 11 2019)⁸⁶:

Tabla 1.

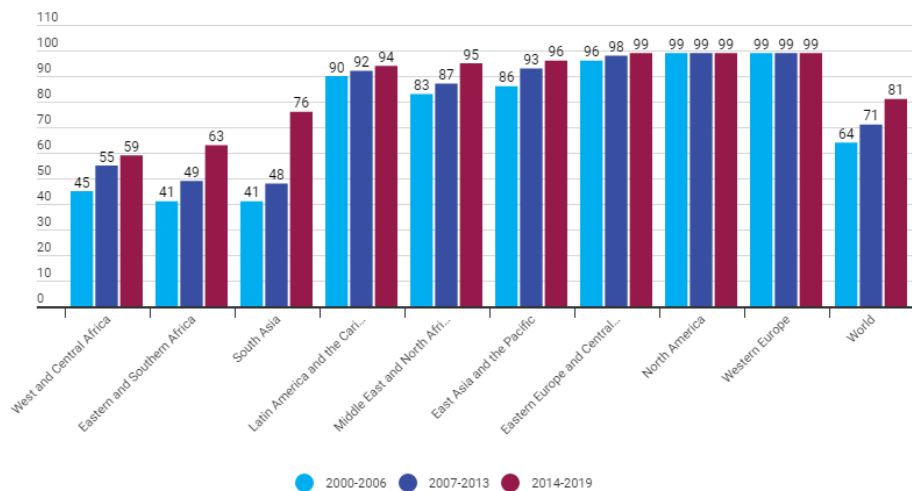
REGIÓN	2016	2017	2018	2019
Oceanía	682.667	685.720	688.390	690.709
Latinoamérica y Caribe	10.62 millones	10.57 millones	10.52 millones	10.46 millones
Norteamérica	4.28 millones	4.29 millones	4.30 millones	4.32 millones
Europa	7.89 millones	7.81 millones	7.73 millones	7.65 millones
África	41.72 millones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

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

Adicionalmente, se tiene que los nacimientos asistidos por personal calificado a nivel mundial han presentado un aumento importante en los últimos 20 años, aunque también cabe indicar que continentes como África (Occidental, Central, Oriental y Sur) son las regiones con el menor porcentaje de partos asistidos por personal calificado, de igual manera que el sur de Asia. América Latina y el Caribe, junto con el Medio Oriente y el Norte de África serían las regiones mundiales con un relativo nivel medio de partos con asistencia de personal, tal y como hace patente la siguiente gráfica (UNICEF, octubre de 2020)⁸⁷.

Gráfico 2.

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



⁸⁶ Ritchie, H. (2019). How many people die and how many are born each year? Our World in Data. <https://ourworldindata.org/births-and-deaths>

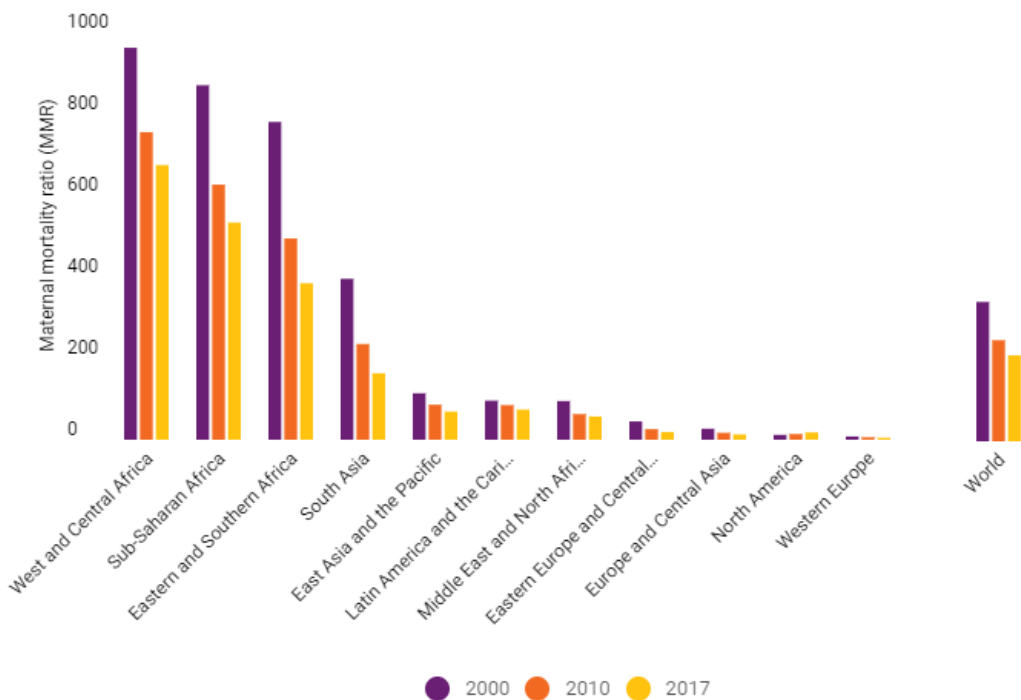
⁸⁷ UNICEF. (October 2020). Delivery Care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

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)⁸⁸:

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)

⁸⁸ UNICEF. (September 2019). Maternal Mortality. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

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)⁸⁹:

Tabla 2.
Porcentaje de nacimientos institucionales en Latinoamérica

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

⁸⁹ WHO. (2020). Institutional births. Data by country.

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

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)⁹⁰, reporta lo siguiente:

Tabla 3.

Partos atendidos por personal cualificado en Latinoamérica

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

⁹⁰ WHO. (2020). Births attended by skilled health personnel. Data by country.

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

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)⁹¹:

Tabla 4. Partos por cesáreas

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

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

⁹¹ WHO. (2020). Births by caesarean sections. Data by country.

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

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)⁹²:

Tabla 5.
Cobertura de cuidado prenatal en América Latina

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

Fuente: WHO (2020). Elaboración propia

⁹² WHO. (2020). Antenatal care coverage.

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

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)⁹³:

Tabla 6.

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

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

Fuente: OECD. (2020). Elaboración propia.

A nivel nacional

⁹³ OECD. (2020). Mortalidad materna. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es>

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)⁹⁴:

Tabla 7.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2016)

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

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

En el año 2017, a su vez, se puede observar un aumento ligero de nacimientos totales en contraste con el 2016, con los partos espontáneos atendidos en instituciones de salud incrementando de manera marcada, a diferencia de los partos por cesárea (DANE, 21 de diciembre de 2018)⁹⁵:

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

⁹⁴ 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>

⁹⁵ 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>

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)⁹⁶:

Tabla 9.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO A NIVEL NACIONAL (2018)

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

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

Y, finalmente, para el año 2019, se puede evidenciar que hay una reducción continuada del número de partos en el país, siendo la institución de salud el lugar más común para la atención de partos, en especial el de tipo espontáneo. Sin embargo, cabe anotar que el parto instrumentado presenta un leve incremento en comparación con el año 2018⁹⁷:

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

⁹⁶ 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>

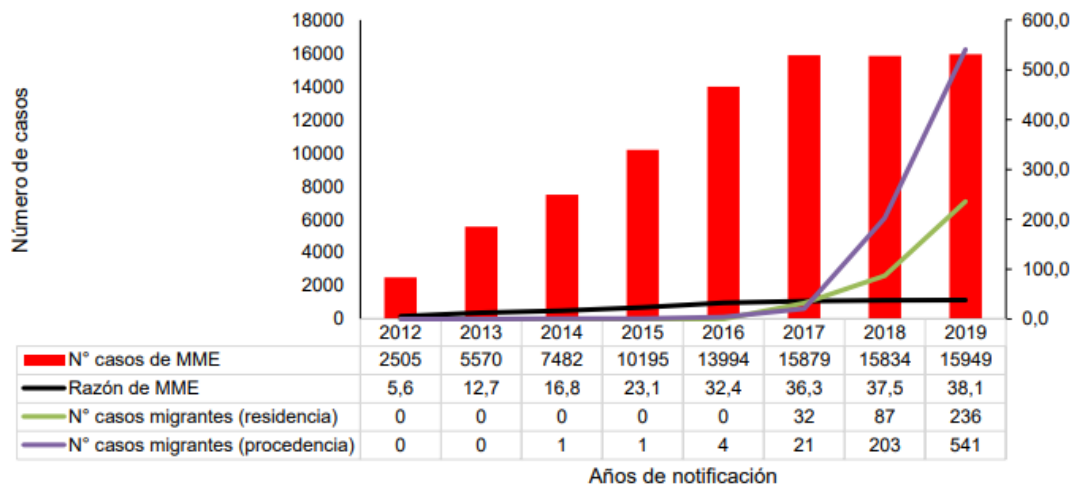
⁹⁷ DANE. (23 de diciembre de 2020). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia y sitio del parto. Año 2019. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019>

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)⁹⁸:

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)

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
--------	-------	------------

⁹⁸ 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>

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)⁹⁹, la mortalidad materna tuvo un total de 335 casos en 2017, 294 casos en 2018, 299 casos en 2019 y 191 casos (datos parciales) en 2020, tal y como hace patente el siguiente cuadro:

Tabla 12.

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

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

⁹⁹ 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>

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)

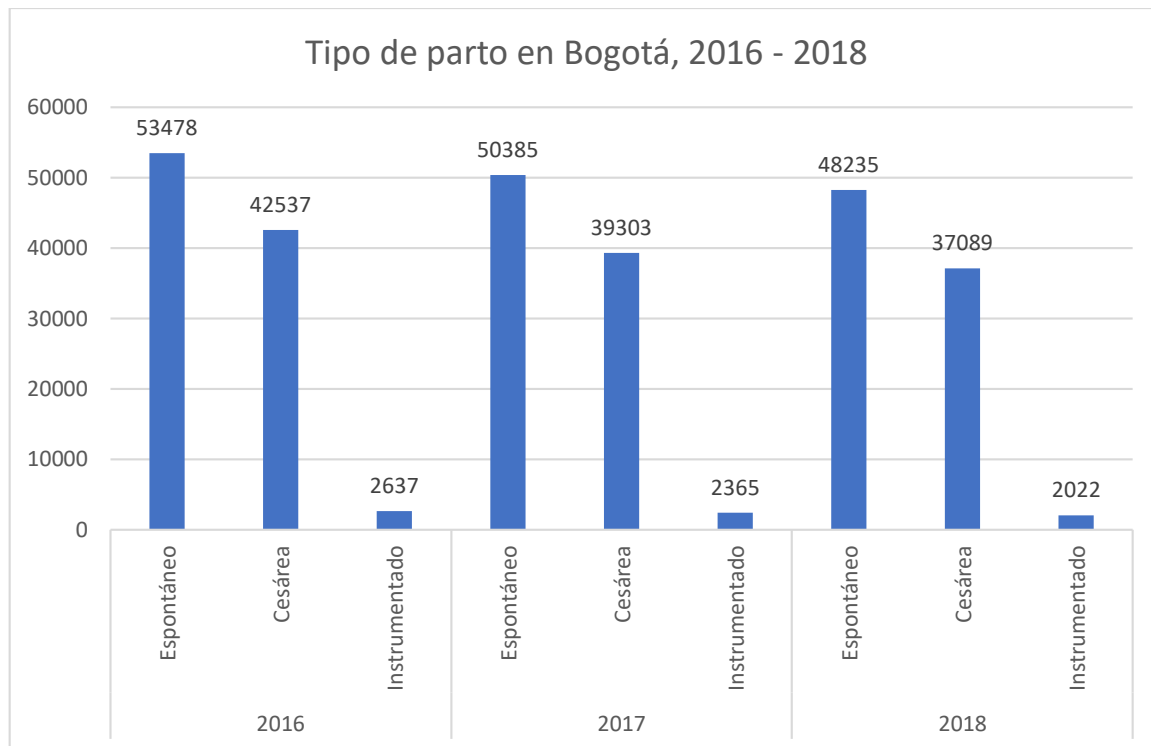
TOTAL NACIONAL	TIPO DE PARTO					
	Total	Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	101.092	54.425	44.316	2.351	0	0
Institución de salud	100.862	54.195	44.316	2.351	0	0
Domicilio	173	173	0	0	0	0
Otro sitio	57	52	0	0	0	0
Sin información	0	0	0	0	0	0

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)¹⁰⁰:

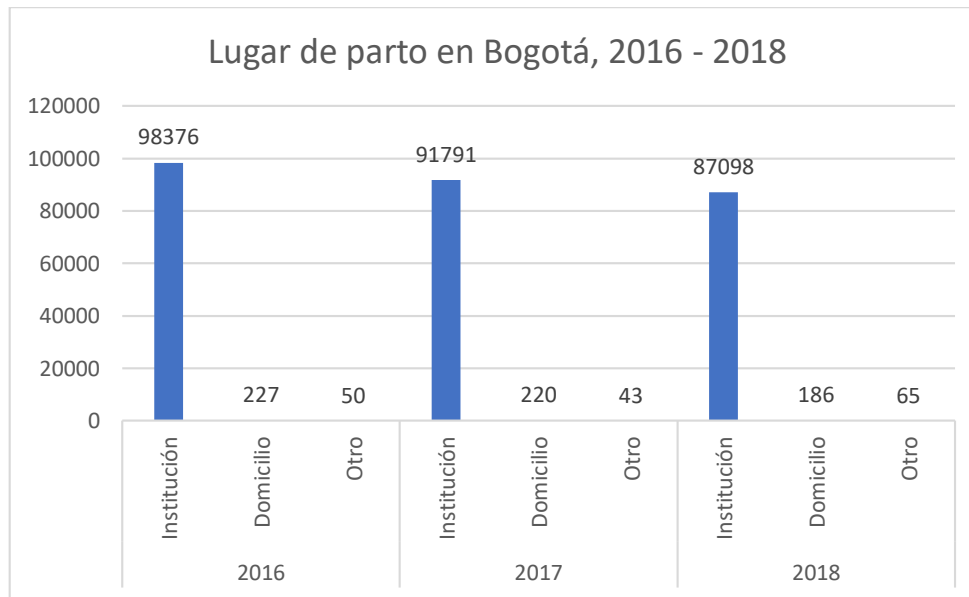
Gráfico 5.



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):

¹⁰⁰ 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)¹⁰¹ 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):

¹⁰¹ 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)¹⁰² 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

¹⁰² Ver nota de pie de página número 26.

de partos atendidos en instituciones de salud fueron Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar. A su vez, los partos en los domicilios fueron más frecuentes en las Localidades de Ciudad Bolívar, Suba, Kennedy, Bosa y Usme en ambos periodos:

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

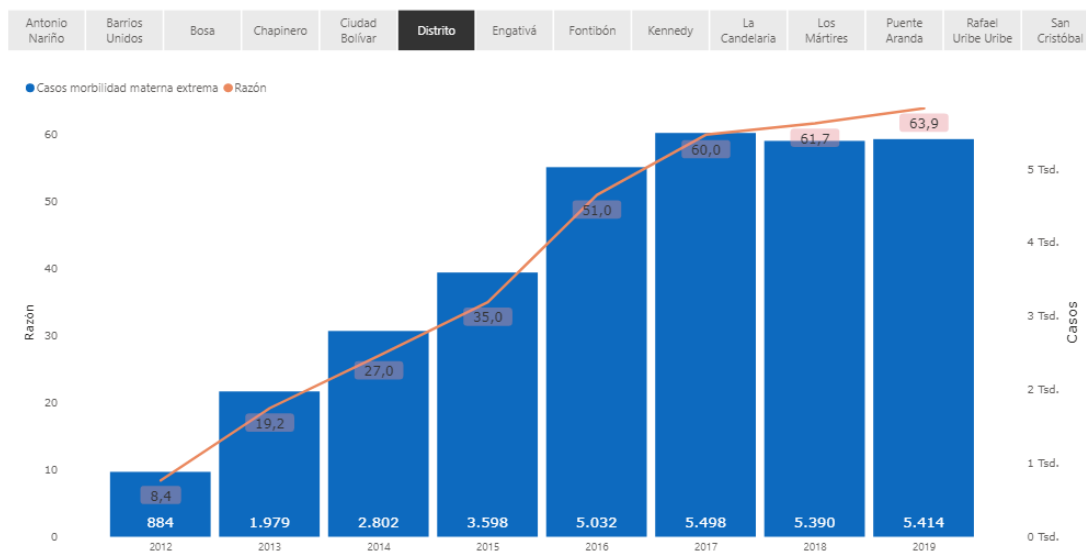
FUENTE 2020: Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-corte (09-12-2020)-ajustada 15-12-2020

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

La morbilidad materna extrema (MME)¹⁰³, por otro lado, ha presentado un aumento en el número de casos en el Distrito en el período comprendido entre el año 2012 a 2019, si bien el Observatorio Distrital explica que el aumento de casos se debe ante todo al fortalecimiento del sistema de vigilancia 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.

¹⁰³ La morbilidad materna extrema es definida como el estado en el cual una madre gestante estuvo a punto de perder la vida por una complicación durante el embarazo, durante el parto o en los 42 siguientes al parto, habiendo sobrevivido a tal complicación. Ver: Observatorio Distrital de Salud (2020). Razón de morbilidad materna extrema en Bogotá D.C.

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

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

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

Cifras arrojadas por la Rodríguez Alfonso (n.d.)¹⁰⁴, 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%

¹⁰⁴ 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

13- Teusaquillo	67	1,44%
14- Los Mártires	75	1,61%
15- Antonio Nariño	54	1,16%
16- Puente Aranda	118	2,53%
17- La Candelaria	16	0,34%
18- Rafael Uribe Uribe	300	6,43%
19- Ciudad Bolívar	483	10,35%
20- Sumapaz	1	0,02%
Sin Datos	22	0,47%
TOTAL	4666	100,00%

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

A su vez, y de acuerdo con la respuesta hecha por la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)¹⁰⁵, 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

¹⁰⁵ Ver nota de pie de página número 26.

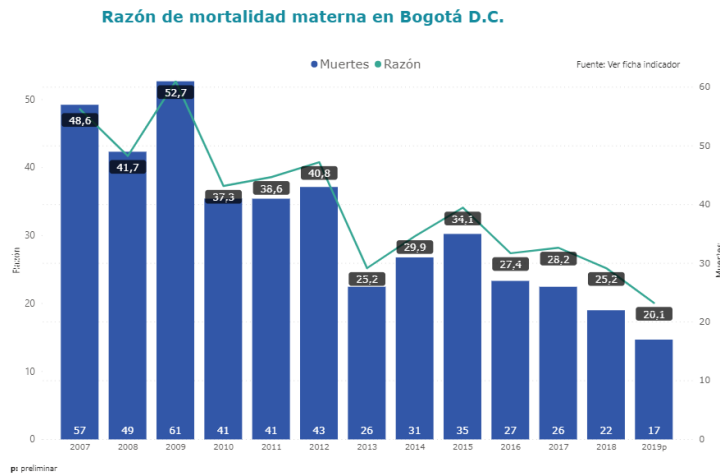
LOCALIDAD	2019		2020	
	CASOS	RAZÓN	CASOS	RAZÓN
	Total	Total	Total	Total
13-TEUSAQUILLO	83	64,2	59	55,7
14-LOS MARTIRES	84	63,9	86	76,3
15-ANTONIO NARIÑO	66	69,6	62	69,2
16-PUENTE ARANDA	137	56,6	114	56,2
17-LA CANDELARIA	17	61,8	34	169,2
18-RAFAEL URIBE	337	73,9	290	71,4
19-CIUDAD BOLIVAR	519	58,0	550	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)¹⁰⁶:

¹⁰⁶ 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.

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.)¹⁰⁷.

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

¹⁰⁷ 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

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

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

Cifras presentadas por la Secretaría Distrital de Salud (29 de diciembre de 2020)¹⁰⁸, a su vez, muestran un aumento de casos entre los años 2019 y 2020, siendo Bosa, Kennedy y Rafael Uribe Uribe las localidades con mayor número de casos de mortalidad materna en el 2019. A su vez, las Localidades de Engativá, Suba, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar presentaron el mayor número de casos en el año 2020, tal y como se muestra a continuación:

¹⁰⁸ Ver nota de pie de página número 26.

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).

6. MEDIDAS A NIVEL NACIONAL Y DISTRITAL

Existen varias medidas relacionadas con el embarazo en general, así como con el “parto humanizado, que se orientan bien a la atención del embarazo y sus procesos previos y posteriores,

o bien están encaminadas a proveer un marco para la gestión y atención de las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo o con posterioridad al mismo. También proveen directrices para los protocolos de procedimiento y de atención para los distintos tipos de parto atendidos por los servicios de salud y por el personal cualificado que se encuentra normalmente asignado para proveer asistencia durante las labores.

Medidas a nivel Nacional

La primera de las medidas existentes a nivel Nacional es claramente la **Ley 100 de 1993**¹⁰⁹. Dentro de la misma se estipula, en el artículo 153, de la obligación de la familia, del Estado y de la sociedad para brindar cuidados en salud, así como protección y asistencia a todas las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva. Seguidamente, en el Artículo 157 define a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), estipulando que la población más pobre y vulnerable será subsidiada por el estado al SGSS, y con las madres gestantes y lactantes estando entre los grupos poblacionales con prioridad. El artículo 166 de dicha ley, a su vez, estipula la atención materno infantil mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) para mujeres en embarazo, cubriendo al efecto los servicios en control prenatal, la atención durante el parto, el control durante el periodo después del parto y de todas las afecciones vinculadas con la lactancia. También se cubre a las mujeres en estado de embarazo y a madres de niños menores de un año del régimen subsidiado de salud, brindando un subsidio alimentario mediante disposición del Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF). Y, por último, en el Artículo 164, se estipula que las EPS no podrán aplicar preexistencias a los afiliados, y adicionalmente, se imposibilita el establecimiento de períodos de espera para la atención del parto y de menores de un año de edad. Cabe recordar que la ley 100 tiene como objetivo el garantizar los derechos básicos y el acceso a una calidad de vida digna promedio de un sistema de seguridad social que además de proteger a dicha calidad de vida de toda contingencia negativa, busca cubrir a todos los habitantes del país de forma progresiva. Todo esto bajo los principios generales de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Una medida que comprende entre sus áreas de acción la maternidad en sí misma, es la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003**¹¹⁰, la cual plantea la estrecha relación entre la sexualidad y la reproducción con la calidad de vida en sus ámbitos individual como social, siendo la salud sexual y reproductiva (SSR) como el estado de general físico, mental y social y en donde se pueden ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Gozar de un buen estado de SSR

¹⁰⁹ 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

¹¹⁰ Londoño de la Cuesta, J. (Febrero de 2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, D.C., Colombia: Ministerio de la Protección Social.

https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf

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**¹¹¹, 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

¹¹¹ 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**¹¹², 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:

¹¹² 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>

- Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de sexualidad y reproducción para los prestadores de servicios de salud como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconceptionales, de anticoncepción, IVE, **control prenatal, atención del parto y postparto**, detección de SIDA y enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y de género, entre otros.
- **Garantizar la atención de procesos reproductivos, incluido el parto por personal debidamente formado y con título en los conocimientos y técnicas específicas disponibles para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención institucional o alternativa con la debida adecuación para responder a las posibles contingencias, facilitando la participación de la familia y al expresión afectiva de roles de paternidad y maternidad desde el inicio.**
 - Una actividad contemplada para este fin es el identificar las necesidades, gustos y deseos frente a las opciones de atención en la maternidad y paternidad, en aras de diseñar nuevas ofertas de servicios tales como la gestación planificada, el trabajo de parto y parto acompañado, puerperio y adaptación del recién nacido, todos bajo supervisión de personal especializado.
 - Una segunda actividad contempla la formación del personal asistencial, en todos los niveles, para la atención tradicional o alternativa junto con el abordaje solidario de las familias en los procesos de maternidad y paternidad.
 - Otra actividad en este sentido es el involucramiento de las comunidades para la construcción de ofertas de servicios relativos a la gestación, el parto y puerperio que sean más acordes con sus circunstancias y contextos territoriales. Esto implica la coexistencia entre las formas occidentales y ancestrales en la atención de la gestación, parto y puerperio.
 - Una última actividad involucra el uso de evidencia científica relacionada con las diferentes opciones y alternativas para la atención del parto, incluyendo una formación a parteras en instituciones oficializadas para esto, y el parto en casa para la adecuación de normas de atención y superación de exclusividad médica.

La **Ley 1751 de 2015** también actúa como marco general al buscar garantizar el derecho a la salud para toda la población del país¹¹³. 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

¹¹³ 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

equidad, la continuidad, la oportunidad, la progresividad, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, y principios de orden diferencial y étnico. Esta legislación también estipula que los sujetos de especial protección son los niños, niñas y adolescentes, *las mujeres en estado de embarazo*, las personas desplazadas y víctimas de la violencia y del conflicto armado, la población de adultos mayores, personas en discapacidad y enfermedad y recibiendo atención en salud sin restricción alguna. Además, estipula que las mujeres en estado de embarazo gozarán de medidas para garantizar el acceso a servicios de salud requeridos durante y después del embarazo (Art. 11).

También se desarrolló una **Guía De Atención Segura para la Gestante y el Recién Nacido**, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social (n.d.)¹¹⁴. 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)**¹¹⁵, 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

¹¹⁴ 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>

¹¹⁵ 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>

vez un enfoque familiar y comunitario. La segunda es el cuidado tanto por el individuo como por el Estado para la protección de la salud (desde el nivel individual hasta la comunidad y el medio ambiente). La tercera es la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) para minimizar el riesgo. Y la cuarta es el enfoque diferencial en la atención en el sistema de salud. En ésta última se contemplan aspectos diferenciales poblacionales con un fuerte acento en las condiciones de vulnerabilidad y vulneración, y prestando atención a población específica, como minorías étnicas, población con discapacidad, niños y niñas, mujeres gestantes, adultos mayores, víctimas, desmovilizados entre otros. También se contemplan aspectos diferenciales territoriales.

De esta política se desprende el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**, el cual es el modelo operacional de la PAIS y que facilita la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementa la capacidad de resolución de los servicios y permite el flujo de información, usuarios y servicios de forma efectiva y acorde con las funciones y competencias de cada entidad. Toma como base 10 componentes operacionales basados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), y con un enfoque territorial. En ese sentido las direcciones territoriales de salud han de usar como base el Análisis de la Situación de Salud Territorial (ASIS) para poder identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. En cuanto a las RIAS, existen tres. La primera es la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, tenido un enfoque de edad y con las acciones orientadas a los entornos donde transcurre la vida y el desarrollo de las personas. Esto incluye el manejo de riesgos colectivos y la protección de la salud de la población mediante la promoción de entornos saludables. La segunda es la ruta de grupo de riesgo, incorporando las actividades individuales y colectivas y orientándose a la identificación de factores de riesgo e interviniendo en los mismos casos, con tal de evitar la aparición de algún problema de salud, o para efectuar un diagnóstico y derivación oportuna para el tratamiento. Y la tercera es la ruta específica de atención, abordando las condiciones específicas de salud, incorporando actividades individuales y colectivas. Se contemplan 16 grupos de riesgo, siendo uno de ellos la Población en condición materno – perinatal y cubriendo eventos tales como la hemorragia, los trastornos hipertensivos complicados, las infecciones, endocrinológicas y metabólicas genéticas, bajo peso, prematuridad, la asfixia, y la IVE. Y comprenden cuatro componentes: la gestión en salud pública, la promoción de la salud, las acciones en los entornos, y las acciones individuales.

La **Resolución 3280 de 2018** adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal – RIAMP. Dicha ruta tiene el propósito de contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud materna y perinatal, mediante atención integral en salud y la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales. Su población objetivo son las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las madres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta después de nacido 7 días después. El objetivo general de la RIAMP es, por ende, establecer las condiciones técnicas y operativas de cumplimiento obligatorio para la atención en salud de todos los recién nacido y las mujeres en todas las etapas del parto y también después del parto. Los objetivos específicos, a su vez, son cuatro: Garantizar

el acceso universal a las intervenciones de la RIAMP; identificar y gestionar de forma oportuna las vulnerabilidades, los factores de riesgo, los riesgos acumulados y las alteraciones que incidan en la madre gestante y el recién nacido; afectar positivamente los entornos, familiar y redes para que sean protectores y potenciadores de salud en madres gestantes y recién nacidos; y realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en la población objetivo. Como acciones específicas de la RIAMP, se tienen las intervenciones colectivas, las intervenciones individuales (y que incluyen la atención para cuidado preconcepcional, la interrupción voluntaria del embarazo, la atención para el cuidado prenatal, el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención en salud bucal, atención para la promoción de alimentación y nutrición, atención del parto, atención del puerperio, la atención de emergencias obstétricas, la atención para el cuidado del recién nacido, la atención de complicaciones perinatales y/o postnatales, y la atención al seguimiento al recién nacido), la atención a las familias, y las orientaciones para el despliegue e implementación de la RIAMP.

Para el objeto de interés del presente Proyecto de Acuerdo, se observarán de forma más cercana las acciones de curso de preparación para la maternidad y paternidad, la atención del parto y la atención a las familias. En cuanto a la primera acción, ésta plantea un proceso de educación con la madre gestante, su compañero, los hijos e hijas, la familia o la persona que la madre gestante considere la más cercana, y así desarrollar las capacidades necesarias para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el postparto. Plantea como objetivos el desarrollar capacidades en las madres gestantes, sus parejas y familias, para la comprensión de los cambios físicos, sociales y psicológicos del embarazo, y así promover el cuidado de la salud y se reduzca el riesgo de morbilidad y mortalidad. Y el segundo, es desarrollar las capacidades en las madres gestantes, padres y familias para vivir la gestación, el parto, puerperio y cuidado del neonato de forma sana y psicológicamente armoniosa. Estas preparaciones incluyen personal de psicología, nutrición, terapia física, medicina general y medicina especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de otros profesionales, y bajo el liderazgo de enfermería.

En cuanto a la segunda acción, se define como los procedimientos para el acompañamiento y asistencia de mujeres en gestación y sus familias o acompañantes. Esto incluye un plan que incluya el lugar, la institución y el proveedor que asistirá durante el parto. Debe tener claridad para la mujer y su acompañante, y su familia para tener clara la información acerca de trámites o elementos el día de la admisión e información de síntomas de alarma. Esto exige que las instituciones que atiendan el parto han de estar adecuadas y equipadas para la atención del recién nacido y con personal disponible para atender a la madre y al hijo. Esta acción plantea dos objetivos: el primero, brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el trabajo de parto y parto, **para dar lugar a una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos**. Y el segundo, reducir y controlar complicaciones del proceso de parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y puerperio.

Y respecto a la tercera acción, se incluye la atención a las familias como soporte del desarrollo al desarrollo y proceso de la gestación y donde se resalta el papel de la pareja y los allegados (amigos

y amigas, vínculos culturales- religiosos y comunitarios). Esto incluye también formación educativa, con los objetivos de: primero, fortalecer los vínculos, redes y relaciones de cuidado y así estar orientados a promover relaciones de cuidado mutuo, disposición para el apoyo y acompañamiento a las madres gestantes y sus familias, y aún su entorno comunitario. Segundo, fortalecer las capacidades de la familia para el cuidado de la estante y el neonato.

La **Resolución 2626 de 2019** modifica la PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE¹¹⁶, 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”**¹¹⁷. 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.

¹¹⁶ 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

¹¹⁷ 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>

Sus principios, a su turno, son: el acceso universal a la atención integral, la igualdad en planes de beneficios, la identificación de necesidades sociales para garantizar la equidad, y el respeto a la autonomía de familias y madres gestantes. Sus enfoques son: familiar, ciclo vital, enfoque promocional, perspectiva de género, la atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, y la perspectiva de derechos y derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, la política de maternidad de 2007 plantea como objetivo general garantizar la calidad de vida y salud de la mujer gestante, el recién nacido y sus familias mediante una estrategia promocional teniendo en cuenta los procesos de atención, prevención, promoción y sociales en cooperación con los deberes, experiencias y acciones de los actores sociales involucrados, y que activen la solidaridad, equidad, igualdad y la defensa de la vida. Como objetivos específicos se plantearon: primero, consolidar las redes de servicio y redes sociales para facilitar el acceso a la salud, la calidad de la atención, el desarrollo de corresponsabilidad, participación y construcción conjunta de iniciativas que promuevan la salud de madres gestantes, neonatos y las familias. 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**¹¹⁸, 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

¹¹⁸ 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

ésta. Los objetivos específicos son, a su vez: protocolizar las mejores prácticas para el manejo de la hemorragia tras el parto; facilitar el reconocimiento de al paciente con hemorragia postparto e introducir el diagnóstico rutinario y objetivo del choque hipovolémico; disminuir la tasa de morbilidad materna por hemorragia durante la atención del parto; proporcionar las herramientas y sensibilizar a los profesionales en salud para una implementación oportuna y adecuada de tratamientos; y establecer medidas universales para la prevención de la hemorragia tras el parto.

Otra guía es la **Guía de trastornos hipertensivos del embarazo**¹¹⁹, 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**¹²⁰, 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**¹²¹, 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

¹¹⁹ 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

¹²⁰ 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

¹²¹ 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>

mantenimiento de la salud y el autocuidado; captar tempranamente a pacientes mediante la creación de una conciencia de vulnerabilidad que permita una autoevaluación del riesgo; desarrollar canales eficientes de comunicación entre los niveles de atención; establecer un sistema de información oportuno y eficiente para la toma de decisiones adecuadas; incentivar, capacitar y apoyar el desarrollo de investigaciones que permitan un ajuste de directrices preventivas y asistenciales del manejo materno-perinatal; e implementar un sistema de monitoreo de calidad y seguimiento clínico permanentes.

Otra de las guías preparadas es la **Guía de Curso de preparación a la maternidad y paternidad** de 2013¹²², 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**¹²³, 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)¹²⁴, busca dar lineamientos para la atención institucional del parto, con parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y respondiendo a los derechos en salud tanto de las madres como de sus hijos. El objetivo general de dicha guía es disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la madre gestante y del neonato y optimizar el pronóstico de los mismos mediante la atención intra-hospitalaria del parto, oportuna y adecuada. Los objetivos específicos son cuatro: disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales; disminuir la frecuencia de

¹²² 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.%20CURSO%20PREPARACION%20A%20LA%20MATERNIDAD%20Y%20PATERNIDAD.pdf>

¹²³ 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.%20MANEJO%20DE%20INDUCCION%20FRL%20TRABAJO%20DE%20PARTO.pdf>

¹²⁴ 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.%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**¹²⁵, 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**¹²⁶, 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.)¹²⁷, 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.

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

¹²⁵ 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%20A%20TENCION%20DE%20PARTO%20INSTRUMENTADO.pdf>

¹²⁶ 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>

¹²⁷ 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

Salud Sexual y Reproductiva, y en RIAS Materno Perinatal. También se efectúa la aplicación de guías de práctica clínica.

La cuarta es la vigilancia intensificada de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal mediante dos acciones: un seguimiento a los planes de acción derivados de análisis de eventos negativos en Salud Sexual y Reproductiva, y con visitas desde la Dirección de Inspección Vigilancia y Control.

Y la quinta es la Estrategia “Embarazados Todos por la Vida”, lo cual incluye el Pacto por la Atención Segura de las Gestantes, Niños y Niñas menores de un año; una campaña comunicativa; la sostenibilidad del Grupo Técnico Distrital Materno Perinatal; la Estrategia Ángeles Guardianes; y las plataformas Embarazados.co y Sexperto.co.

7. MARCO NORMATIVO

7.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

El presente proyecto de acuerdo toma como base los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y algunas de sus metas. De forma más puntual, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas sobre los cuales se fundamenta el presente Proyecto de Acuerdo son:

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

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

(...)

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

(...)

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

(...)

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas

(...)

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

7.2 DE ORDEN CONSTITUCIONAL

Constitución Política de la República de Colombia

Título 1: De los principios fundamentales

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

“Artículo 5. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.”

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

“Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a

aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

“Artículo 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

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

“Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

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

7.3 NORMATIVIDAD NACIONAL

Ley 100 de 1993. “POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

“ARTÍCULO 1o. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para

obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

“ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:*

Proyecto de Ley No. 063 de 2017. *“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LOS DERECHOS DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” O “LEY DE PARTO HUMANIZADO”*

3.1 Universalidad. *El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.*

3.2 Solidaridad. *Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.*

3.3 Igualdad. *El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.*

3.4 Obligatoriedad. *La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.*

3.5 Prevalencia de derechos. *Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios. (Subrayado fuera de texto).*

3.6 Enfoque diferencial. *El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.*

3.7 Equidad. *El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.*

3.8 Calidad. *Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.*

3.9 Eficiencia. *Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.*

“ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.*

(...)

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia (subrayado fuera de texto), las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, persona en situación de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.”*

“ARTÍCULO 164. PREEXISTENCIAS. *En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.*

(...)

o se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.”

“ARTÍCULO 1º: OBJETO DE LA LEY. *La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.”*

“ARTÍCULO 2º: ÁMBITO DE APLICACIÓN: *La presente ley regirá para todo el Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS, a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), a las Empresas Sociales del Estado del nivel central o descentralizado, a los hospitales públicos o privados y a las entidades responsables de la prestación del servicio de seguridad social en salud de los regímenes especiales, tanto a los afiliados del régimen contributivo como subsidiado.*

“ARTÍCULO 3º.- *Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:*

- a) A ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido; con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas.*
- b) A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.*
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*
- d) A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias*
- e) A recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera*
- f) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*
- g) A estar acompañada, por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.*
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*
- k) A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica*
- l) A recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.*
- m) A que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el sitio donde se atenderá el parto, a fin de obtener el reconocimiento y adaptación a la institución médica.*

“Artículo 4º.- Todo recién nacido (a) tiene derecho:

- a) A ser tratado con respeto y dignidad
- b) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- c) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales
- d) A tener a su lado a su madre durante la permanencia en la institución médica, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.”

Ley 122 de 2007. “POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN POTRAS DISPOSICIONES”

“Capítulo I. Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”

“Capítulo VI. Salud Pública

ARTÍCULO 32. DE LA SALUD PÚBLICA. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.”

Ley estatutaria número 1751 de 2015. “POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE 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 1°. *Campo de aplicación.* Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.”

(...)

“Título II. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, SOGCS.

(...)

“Artículo 3°. *Características del SOGCS.* Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. *Accesibilidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. *Seguridad.* Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. *Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. *Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”*

Resolución 3280 de 2018. *“Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.”*

Artículo 1°. OBJETO. *La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.*

Artículo 2°. CAMPO DE APLICACIÓN. *Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la PAIS.*

Estas disposiciones igualmente se aplicarán a los Regímenes de Excepción y a los Regímenes Especiales como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo.

Artículo 3°. Adaptación de las rutas. *Sin perjuicio de la obligatoriedad de brindar las atenciones e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las rutas a que refiere este acto administrativo en los términos establecidos en su artículo 4°, los obligados al cumplimiento de dicho acto, en el marco de sus competencias, adaptarán la atención en salud en función de las condiciones de los ámbitos territoriales urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como de los diferentes grupos poblacionales que define la normativa, conforme con lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos de estas rutas.*

Parágrafo. *La adaptación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos y operativos a que refiere esta resolución, no puede constituir barrera para el acceso efectivo de tales servicios, por lo que la prestación de estos debe hacerse sin que medie autorización previa y sin perjuicio de que*

puedan ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta a la que asista el sujeto de atención en salud.

(...)

Artículo 5°. Talento humano para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. *Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.*

Resolución 276 de 2019. “POR LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018”:

Artículo 1. *Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así:*

~Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la en/rada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos.

(...)

Artículo 2. *Modificar los anexos técnicos que hacen parte integral de la Resolución 3280 de 2018, en lo correspondiente a los siguientes contenidos:*

(...)

"III LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO, RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION MATERNO PERINATAL"

- a) Los numerales 4.7. y 6.2.2.
- b) El literal d) contenido en los literales b) crisis hipertensiva y c) eclampsia, del numeral 4.9.4.2.
- c) El indicador de "Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para V/H", contenido en el numeral 7.2.2.

7.4 ANTECEDENTES NORMATIVOS EN EL DISTRITO CAPITAL

Acuerdo 5 de 1993 del Concejo de Bogotá. *“POR EL CUAL SE DA CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 43 Y 50 DE LA CONSTITUCIÓN NACIONAL”.*

“Artículo 2º.- El Distrito Capital a través de la Secretaría de Salud y del Departamento Administrativo de Bienestar Social garantizará la atención médica a la mujer embarazada que se encuentre desamparada y desempleada.

El Departamento Administrativo de Bienestar social hará las inscripciones y remitirá a las mujeres de los Centros de Salud. Se expedirá un carnet a los menores nacidos el cual tendrá vigencia por un año.”

Resolución 170 de 2009 de Secretaría Distrital de Salud. “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN UNOS MECANISMOS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD DE LAS MATERNAS AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL DISTRITO CAPITAL.”

“ARTÍCULO SEGUNDO.- Las EPS-S deben contratar con las ESE de acuerdo a lo establecido por el Decreto 1020 de 2007 y la Ley 1122 de 2007 y al Decreto 4747 de 2007, y las demás que adicionen, sustituyan o modifiquen, evitando barreras de acceso de tipo administrativo y geográficos para la mujer gestante. No fraccionarán la atención de la matema con el fin de garantizar la atención integral.”

“ARTÍCULO TERCERO.- La Secretaría Distrital de Salud establecerá un sistema operativo para la verificación de las obligaciones de referencia y contra referencia, así como para la verificación de la canalización de las gestantes desde la puerta de captación, incluyendo la contra referencia desde los establecimientos de segundo y tercer nivel a los programas de crecimiento y desarrollo y planificación familiar.”

“ARTÍCULO CUARTO.- Para efecto de dar cumplimiento a lo aquí consagrado, y dadas las ventajas arriba señaladas, se deberá contratar la atención de las gestantes bajo la modalidad de paquete o evento para el cumplimiento de las metas.”

Resolución 1709 de 2014. “Por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras”.

ARTÍCULO TERCERO: CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA ATENCIÓN MATERNA. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito Capital, deben cumplir los siguientes criterios y pautas:

1. Garantizar la atención inmediata a toda gestante o puérpera que demande el servicio de urgencias.
2. Garantizar la disponibilidad permanente del Kit de Emergencia Obstétrica (EO) con los insumos críticos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la atención materna.
3. Realizar el seguimiento trimestral de la adherencia a las Guías distritales de Atención Materna de: 1) Control Prenatal; 2) Trabajo de Parto y sus complicaciones, 3) Sepsis Obstétrica, 4) Hemorragia Posparto — Código Rojo y 5) Atención de Trastornos Hipertensivos

en el embarazo, mediante el diligenciamiento de los Instrumentos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la atención materna.

- 4. Realizar el diligenciamiento de la hoja de tamizaje de Morbilidad Materna Extrema.*
- 5. Realizar el monitoreo trimestral de los indicadores de Morbilidad Materna Extrema.*
- 6. Realizar de manera inmediata, la notificación de la muerte de la materna, a los sistemas de información establecidos para tal propósito, especialmente el sistema SIVIGILA.*
- 7. En caso de presentarse una muerte materna el Gerente y/o Representante Legal de la IPS con los referentes en el tema, presentarán el análisis institucional del caso en el COVE convocado por el Ente Territorial y a partir de los hallazgos identificados la totalidad de las instituciones involucradas en la atención de la materna, deben elaborar y presentar el plan de mejoramiento en los siguientes diez (10) días calendario posteriores a la realización del vomite*

8. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

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

Decreto Ley 1421 de 1993

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

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

9. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez, que no se incrementará el presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación. Las medidas a adoptar deberán ser financiadas con el presupuesto de las entidades pertinentes.

El Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, establece:

“Artículo 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”

10. CONVENIENCIA DEL PROYECTO

El presente Proyecto de Acuerdo puede brindar una mejoría para la salud e integridad física y psicológica de las madres gestantes, de los bebés recién nacidos, así como de los familiares de la madre. También contribuye a que se preserve y se mejore el bienestar de las madres gestantes y sus hijos e hijas recién nacidos. Más importante aún, este Proyecto de Acuerdo contribuiría a la preservación de las vidas tanto de la madre gestante como de los recién nacidos, así como a la consolidación del núcleo familiar y de los lazos que los unen; los vínculos entre las madres y sus hijos son estrechos prácticamente desde el día uno de la gestación, siendo la práctica del parto humanizado un medio para que esos vínculos se mantengan e incrementen aún más en su fuerza. Además, podría mejorar mucho la experiencia del parto en las madres gestantes, lo cual también juega un papel importante en el reforzamiento de los vínculos entre las madres y los hijos, y por ende de los vínculos familiares. Adicionalmente, permite a la mujer gestante una mayor posibilidad de decisión acerca de cómo se debería desarrollar la labor del parto y de otros aspectos inherentes al mismo, haciendo que ella se torne efectivamente en el actor central e importante del proceso del parto.

Aquí se hace necesario resaltar las ya mencionadas ventajas que la institucionalización del parto humanizado traería consigo. En términos culturales y tradicionales, y aún sanitarios, se brindaría la posibilidad para que mujeres con considerable experiencia en la atención de partos de forma tradicional, así como de entera confianza de la madre gestante, puedan estar presentes y aportar de forma considerable a la labor del parto. De otro lado, el parto humanizado permite a la mujer disfrutar de una mayor tranquilidad, reduciendo el estrés a nivel psicológico y contribuyendo, por ende, al mantenimiento de una buena salud mental de las madres gestantes durante la labor del parto. Esto se debe a que mediante el parto humanizado existe la posibilidad de que la madre gestante disfrute de la compañía de su pareja o alguna otra persona de gran confianza para ella, permitiendo que ella tenga seguridad, tranquilidad y confianza durante las labores del parto.

Adicionalmente, la práctica del parto humanizado brindaría un cambio de enfoque y de implementación del parto en la ciudad y en donde se deje de lado una perspectiva netamente medicalizada, a la vez que se asume tanto a la madre gestante como al proceso mismo del parto como un proceso de gran importancia en donde una nueva vida viene al mundo, y en el que tanto la madre como el bebé recién nacido son ya sujetos de pleno derecho. En el mismo sentido, este cambio de perspectiva permite ver a la madre como una persona con sentimientos y con la posibilidad de elegir acerca del proceso mismo del parto. Más aún, la madre gestante se convierte en la protagonista central de todo el proceso del parto, lo cual permite un empoderamiento de la madre gestante y se tengan en cuenta la dignidad, autonomía y aún valores de ésta. Al mismo tiempo, se brinda un espacio considerable para una interacción más cercana entre todos los actores involucrados en el proceso del parto (es decir, la madre gestante, el personal que brinda asistencia médica y los familiares o personas cercanas de la madre). Esto implica una mejor comunicación y

un entendimiento más directo y fluido entre la madre y el personal médico, facilitando a la madre gestante tener el rol central y decisivo durante el proceso.

Los recién nacidos también se verían muy beneficiados por la institucionalización del parto humanizado en el Distrito, puesto que los recién nacidos se ven menos expuestos a sufrir el estrés por cuenta del cambio de ambiente, junto con una reducción de riesgos y complicaciones durante el nacimiento. Además, se facilita la interacción constante entre la madre y el hijo o la hija, a la par que se evita la separación entre ambos.

Finalmente, la implementación del parto humanizado contribuye a la reducción de la violencia obstétrica y a una mejora – o dignificación – del trato dispensado hacia las madres gestantes en los centros de salud (así como a los recién nacidos). Dicha violencia, siguiendo a Fernández Guillén (2015)¹²⁸, 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)¹²⁹, 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

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

¹²⁹ 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

hogar, comunidad e institucional, con eje transversal del cuidado y humanización de los servicios de salud, con un talento humano entrenado y con las competencias necesarias para identificar e intervenir los riesgos oportunamente para nuestros nacionales como en población migrante. Así mismo es importante incluir intervenciones avaladas por la OMS en relación a prácticas culturales aceptadas para la posición de la persona en el parto, el manejo alternativo del dolor, estrategias de humanización en el marco del buen trato e información a la persona y su red de apoyo y el transporte neonatal efectivo en transporte medicalizado dentro del tiempo establecido con especial énfasis en el manejo de la asfixia perinatal y manejo en unidades de hipotermia”.

En síntesis, este proyecto de acuerdo contribuiría al mejoramiento y la preservación del bienestar tanto físico como mental de las madres gestantes y aún de los recién nacidos y familiares. También aportaría mucho a la consolidación de la familia como núcleo de la sociedad y a hacer de la mujer gestante el actor central del parto, así como a contribuir en la protección de la vida tanto de la madre como de los hijos. Adicionalmente, contribuiría a la reducción de la violencia obstétrica que afecta a las madres gestantes y mejoraría a plenitud la experiencia y el proceso del parto. Permitiría un mejoramiento del trato así como la consolidación de los derechos de las mujeres gestantes y sus hijas e hijos en el Distrito, en particular a aquellas en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Cordialmente,

Gloria Elsy Diaz Martínez
Concejal de Bogotá

Nelson Cubides Salazar
Concejal de Bogotá
Vocero Partido Conservador

PROYECTO DE ACUERDO No. 448 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