



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

**AÑO II N°. 3903 DIRECTORA: LUZ ANGÉLICA VIZCAINO SOLANO MAR. 26 DEL AÑO 2025**

| <b>TABLA DE CONTENIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>PROYECTO DE ACUERDO NO 310 DE 2025 PRIMER DEBATE</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE LA CULTURA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....                                                                             | 28545       |
| <b>PROYECTO DE ACUERDO NO 311 DE 2025 PRIMER DEBATE</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA FOMENTAR UNA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL, SE RECONOCE EL DÍA DISTRITAL DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”..... | 28562       |
| <b>PROYECTO DE ACUERDO NO 312 DE 2025 PRIMER DEBATE</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE INCORPORA EL MONITOREO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL OBSERVATORIO DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....                                                                        | 28607       |
| <b>PROYECTO DE ACUERDO NO 313 DE 2025 PRIMER DEBATE</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS PARA LA CREACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE PÚBLICO INDIVIDUAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....                                 | 28632       |
| <b>PROYECTO DE ACUERDO NO 314 DE 2025 PRIMER DEBATE</b> “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO DE DESARROLLO PARA LA AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LAS MUJERES DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....                                                                                         | 28654       |

**PROYECTO DE ACUERDO NO 310 DE 2025  
PRIMER DEBATE**

***POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE LA CULTURA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS  
EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN  
OTRAS DISPOSICIONES***

**1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto fomentar la cultura de donación de órganos y tejidos, con fines de trasplante en las Instituciones Educativas del Distrito Capital; a través de actividades deportivas y culturales mediante las cuales se sensibilice a la comunidad estudiantil en la importancia que tiene la donación para salvar vidas.

## 2. ANTECEDENTES

| PROYECTO DE ACUERDO                                                                                                                                                  | TRÁMITE                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 001 de 2023: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Álvaro Acevedo Leguizamón (Coordinador) y. Fabián Andrés Puentes Sierra |
| 167 de 2023: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Álvaro Acevedo Leguizamón (Coordinador) y. Fabián Andrés Puentes Sierra |
| 459 de 2023: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Álvaro Acevedo Leguizamón (Coordinador) y. Fabián Andrés Puentes Sierra |
| 436 de 2023: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Álvaro Acevedo Leguizamón (Coordinador) y. Fabián Andrés Puentes Sierra |
| 059 de 2024: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                      | Ponencias positivas de los Concejales Angelo Schiavenato Rivadeneira (Coordinador) y Emel Rojas Castillo.                                                                                                                                |
| 205 de 2024: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Angelo Schiavenato Rivadeneira (Coordinador) y Emel Rojas Castillo        |
| 503 de 2024: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Humberto Rafael Amín Martelo (coordinador) y José del Carmen Cuesta Novoa |
| 637 de 2024: “Por medio del cual se promueve la cultura de donación de órganos en las Instituciones Educativas del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | Tramitado en la comisión segunda permanente de Gobierno, Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencias positivas de los Concejales Humberto Rafael Amín Martelo (coordinador) y José del Carmen Cuesta Novoa |

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

3.1. Importancia de la donación de órganos:

La donación y trasplante de órganos es uno de los más grandes avances de la ciencia para salvar o prolongar la existencia, o añadir calidad de vida, a personas que padecen alguna enfermedad que compromete su vida o, en el mejor de los casos, el normal funcionamiento de su organismo. En la donación y trasplante de órganos, hay un receptor enfermo y hay un donador, que puede estar vivo o fallecido recientemente. Puede ser un acto humano y generoso, o interesado y comercial.

Dada las implicaciones éticas del trasplante de órganos, la OMS ha desarrollado una serie de principios que rigen este acto médico y en términos generales están orientados a evitar que la donación se convierta en una oportunidad para la comercialización y el tráfico de

órganos, que iría en detrimento de los más pobres y vulnerables. En resumen, la donación de órganos debe ser un acto voluntario, altruista y no lucrativo.

En todos los casos de los donantes fallecidos, debe prevalecer la certeza de que en vida la persona no se hubiere manifestado en contra de dicho acto. Hay países en cuyas legislaciones se contempla la posibilidad de que las personas manifiesten su voluntad de ser donantes o al contrario, su oposición.

De acuerdo con los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la donación de órganos, un donador tiene la posibilidad de salvar hasta **8 vidas** si se consideran órganos vitales como riñones, corazón, pulmones, páncreas, hígado y de ayudar a aumentar la calidad de vida hasta **74 personas** con esta práctica, si nos referimos a ligamentos, córneas, piel y otras partes del cuerpo.

De ahí que resulta sumamente importante educar a los ciudadanos de las implicaciones de hacerse donador y de comunicar a sus familiares su decisión.

Según la OMS, con la donación de órganos se convierte la desgracia de la muerte en la esperanza de vida para otros; incluso se considera que en los casos en los que fallece un ser querido, puede resultar beneficioso para los familiares saber que su muerte tuvo algún sentido y contribuyó a salvar la vida de otros con la donación de sus órganos. Son casos en los que se apela a la buena voluntad y a la generosidad en medio del dolor por la pérdida.

Para incrementar la donación de órganos y tejidos, entes gubernamentales de cada país y distintas instituciones a nivel mundial, unen esfuerzos para la sensibilización de las personas sobre la importancia de este acto generoso y altruista.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que no siempre la donación implica el fallecimiento del donador, pues hay casos de donantes con vida<sup>1</sup>. La popularidad de la donación de órganos de donantes vivos ha aumentado drásticamente en los últimos años como alternativa a la donación de órganos de pacientes fallecidos, debido a la creciente necesidad de órganos para trasplante y a la escasez de órganos disponibles de donantes fallecidos. **Cada año se informan más de 6,000 donaciones de órganos de donantes vivos en los Estados Unidos.**

---

<sup>1</sup> <https://blog.elartedesabervivir.com/donacion-organos-salud/#:~:text=De%20acuerdo%20a%20los%20datos%20aportados%20por%20la,ligamentos%2C%20c%C3%B3rneas%2C%20piel%20y%20otras%20partes%20del%20cuerpo.>

La donación de un riñón en vida es el tipo más común de trasplante de donante vivo. Las personas pueden donar uno de sus dos riñones, y el riñón restante es capaz de realizar las funciones necesarias. Los donantes vivos también pueden donar una parte del hígado, y la parte restante se regenerará, volverá a crecer prácticamente hasta alcanzar su tamaño original y desempeñará su función normal.

Los trasplantes de riñón y de hígado son los tipos más comunes de procedimientos de órganos de donantes vivos, pero las personas vivas también pueden donar tejidos para trasplante, como piel, médula ósea y células hematopoyéticas (células madre) que han sido dañadas o destruidas por enfermedades, medicamentos o radiación.<sup>2</sup>

por lo general entre familiares cercanos, amigos o personas involucradas afectivamente con el receptor. Incluso, hay donantes voluntarios y anónimos que eligen hacerlo sin conocer al receptor. En todos los casos, se requiere una evaluación física y psicológica para asegurar que la donación no compromete el bienestar integral del donante y que, bajo ningún criterio, intercede una presión de familiares.<sup>3</sup>

### 3.2. Otros beneficios de la donación de órganos

Además de que la donación de órganos es un componente muy importante para salvar vidas, se han establecido otros beneficios cómo:<sup>4</sup>

- **Disminuye la pena familiar.** Las familias tienden a soportar el proceso de duelo más fácilmente cuando un ser querido es un donante de órganos. La idea de que la muerte de su miembro de la familia va a resultar en algo positivo para otra persona proporciona comodidad durante un tiempo difícil.
- **Sentirte bien contigo mismo.** El acto de dar vida a los que no podría haber vivido de otra manera sin ti es algo que va a hacer que se sienta bien consigo mismo. Saber que has hecho algo bueno para tu prójimo puede enriquecer tu vida. Basta con inscribirte en el programa, significa que usted ha hecho su parte.

<sup>2</sup> <https://www.bmicos.com/blog/donar-organos-es-donar-vida-dia-mundial-de-la-donacion-de-organos/>

<sup>3</sup> <https://blog.elartedesabervivir.com/donacion-organos-salud/#:~:text=De%20acuerdo%20a%20los%20datos%20aportados%20por%20la,ligamentos%2C%20c%C3%B3rneas%2C%20piel%20y%20otras%20partes%20del%20cuerpo.>

<sup>4</sup> <https://www.bmicos.com/blog/donar-organos-es-donar-vida-dia-mundial-de-la-donacion-de-organos/>

### 3.3. Panorama de la donación de órganos en el mundo:

Según saludiario internacional los países con las mejores tasas de donación de órganos en el mundo son España, seguido de Estados Unidos, Portugal, Francia, Reino Unido, Alemania, Rusia y Turquía; tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

#### GRÁFICA 1: PAÍSES CON LAS MEJORES TASAS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS



Fuente: <https://www.saludiario.com/paises-mejores-y-peores-tasas-donacion-organos/>

Los datos de la **Dirección Europea para la Calidad del Medicamento y la Atención Sanitaria** (EDQM) muestran que España y Estados Unidos lideran conjuntamente las tasas más altas de donantes de órganos en 2020. En cada país se registran 38 donantes fallecidos por millón de habitantes.

Al respecto, en España esta alta tasa se debe principalmente a su sistema de exclusión voluntaria. Sin embargo, Estados Unidos es quizás más sorprendente porque tiene un sistema de suscripción voluntaria. En su caso, la barrera para el registro es relativamente baja porque en la mayoría de los estados, puede registrarse para ser donante al solicitar o renovar una licencia de conducir. Esto lleva a la sombría realidad de que la mayor fuente de donaciones de órganos son las personas que han tenido accidentes automovilísticos

fatales. Según United Network for Organ Sharing, estos representan el 33 por ciento de las donaciones.

Mientras que en el extremo opuesto aparecen Turquía y Rusia como los países con las tasas de donación de órganos más bajas del mundo. A pesar de que Rusia tiene un sistema de exclusión voluntaria que presupone el consentimiento, el número de trasplantes de órganos es relativamente bajo.

Según el **Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs**, esto se atribuye a “causas humanas” y “mala organización”. Mientras tanto, Turquía tiene un nivel más alto de trasplantes de órganos de donantes vivos pero se encuentra en el extremo inferior de la brecha de trasplantes de órganos de personas fallecidas, con solo dos personas por millón de habitantes.<sup>5</sup>

En ese sentido, las necesidades de cada país son las mismas pero la diferencia radica en la disposición de la población para apoyar a los demás. Al final, donde se ven los cambios más notorios es en los **tiempos de espera para recibir algún órgano o tejido**.

Con respecto a este panorama, hay distintas estrategias que los gobiernos han adoptado y les ha funcionado. En algunos, desde hace décadas se han promovido campañas para incentivar a sus habitantes para que apoyen la donación de órganos.

Mientras que en algunos incluso existen leyes que establecen que todas las personas son donadoras tácitas a menos de que expresen lo contrario antes de fallecer. El problema es que los opositores señalan que se trata de una imposición que atenta contra sus derechos humanos.

Por su parte, apenas hace unos días los suizos votaron a favor de una **nueva ley que promueve un sistema de trasplante de “exclusión voluntaria”**. Dicho de otro modo, cuando alguien muere, lo predeterminado será donar sus órganos cuando sea posible, a menos que la persona haya dicho específicamente lo contrario.

Los familiares también pueden rechazar el proceso si dicen que la persona fallecida no lo hubiera querido. El caso plantea la cuestión una vez más de si los países deberían aplicar

---

<sup>5</sup> <https://www.saludiario.com/paises-mejores-y-peores-tasas-donacion-organos/>

un sistema de aceptación o exclusión, y llama la atención sobre la continua escasez de órganos de los últimos años.<sup>6</sup>

En el 2018, en el mundo hubo **17.554** donantes que permitieron realizar **36.529** trasplantes, mientras que la lista de espera fue de **113.759** personas, lo que demuestra que un bajo porcentaje logra acceder a la donación de órganos.

Los esfuerzos realizados por los distintos gobiernos han rendido frutos y se ha mostrado un ligero incremento en la donación de órganos en algunos países como Estados Unidos, Portugal y Croacia, que se aproximan a la tasa mayor que es ocupada por España, la que posee un total de 36 posibles donantes por cada millón de habitantes.

La cooperación internacional es primordial para que los países con mayor evolución en la materia de trasplantes transfieran sus conocimientos y experiencia en esta práctica a las naciones que necesitan potenciar su crecimiento.

La necesidad de trasplantes de órganos puede considerarse a nivel mundial un problema de salud pública, mientras que la posibilidad de convertirse en donador es, en definitiva, un asunto de conciencia ética y tremendamente humano<sup>7</sup>.

### **3.4. Donación de órganos en Colombia**

De acuerdo con el Ministerio de salud, con la donación de órganos se pueden beneficiar hasta 55 personas, por lo que decidir hacerlo en vida o después de muerto mejorará la calidad de vida de quienes lo necesiten.

En Colombia esto se hace de manera desinteresada, no se recibe remuneración alguna y quien va a recibir el órgano tampoco debe pagar por ello, ya que esta actividad está regulada por la ley 919 de 2004 que prohíbe y penaliza la comercialización de órganos y tejidos, considerándola un delito; y el Decreto 2493, en el cual se dictan disposiciones para la obtención, preservación, transporte, destino, procedimientos y donación.

Los trasplantes de hígado, riñón, cornea, corazón, entre otros, son financiados por la EPS contributiva o subsidiada a la cual pertenezca el paciente, puesto que el procedimiento está incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

---

<sup>6</sup> Ibidem

<sup>7</sup> Ibidem

n vida o después de haber fallecido, lo podrá hacer ante el Instituto Nacional de Salud de manera confidencial; no obstante, lo más importante es dejar conversado su deseo de donar con sus seres queridos.

Además, quien requiera de un trasplante puede acceder a la lista de espera sin importar la raza, religión, condición económica, edad u otra característica.

En Colombia, según datos arrojados por el Ministerio de Salud, a finales de 2021 había 2.946 receptores en la lista, de los cuales 157 eran para hígado y 2.684 para riñón, siendo este el órgano más solicitado por la población.

Ante la alta demanda de pacientes esperando por un trasplante se creó la ley 1805 de 2016, la cual contempla que todos los colombianos son potenciales donantes al momento de morir, a menos que en vida haya expresado su negativa por medio de un documento escrito, autenticado ante una notaría y radicado en el Instituto Nacional de Salud.

### **3.5. Donación de órganos en Bogotá**

Las listas de personas en espera de donación en Bogotá son las más grandes del país. Este comportamiento no es muy diferente a la situación mundial, pues con el aumento de la expectativa de vida también aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas y por tanto el ingreso de pacientes a las mismas. En Bogotá, a corte del tercer trimestre de 2022, se encuentran un total 2.107 personas en Listas de Espera de Donación de Órganos y Tejidos oculares, reflejando un aumento del 5.7 % con relación a la lista que se tenía en diciembre 2021, momento en el cual se encontraban 1.993 personas. De estas 2.107 personas 1.950 (92.5%) esperan para donación un órgano y 157 (7.5 %) un tejido ocular. El órgano con mayor demanda es el riñón con 1.798 personas en espera (92.2 %) ; 95 (4,8 %) personas esperan un hígado, 35 (1,8 %) personas esperan donación de pulmón, 15 (0,8 %) personas esperan un corazón y 7 (0,4 %) personas esperan una donación combinada de Riñón-Hígado. En cuanto al grupo de edad, el 4.1 % de las personas en lista de espera se encuentran entre 0 y 19 años, el 90.6 %, tienen entre 20 a 69 años, y el 5.3 corresponden a personas mayores de 70 años; siendo mayor número en edades entre 50 a 59 años; se encuentran en lista 1.145 hombres (54.3 %) y 962 mujeres (45,7%).

La tasa de trasplantes en Bogotá disminuyó en un 44 % en el año 2020 con respecto al año inmediatamente anterior, ya que la pandemia afectó los procesos de la red, en 2021 se

observa una recuperación de la tasa llegando a 44,8 trasplantes por millón de habitantes. A tercer trimestre de 2022 se realizaron un total de 380 trasplantes de órganos en Bogotá. En relación con el año anterior en el mismo periodo de tiempo, el porcentaje de trasplantes incrementó en un 63 %, dado que la emergencia manifiesta que se presentó durante los años 2020 y 2021 tuvo una disminución considerable debido a las contraindicaciones a los potenciales donantes por casos sospechosos o confirmados de COVID.

La tasa de donación de órganos ha presentado un comportamiento variable entre el 2014 y el año 2021. En 2017 se alcanzó una tasa de 20 donantes por cada millón de habitantes, en 2020 bajó a 9,0 disminución directamente relacionada con los efectos de la Pandemia del coronavirus SARSCoV-2/COVID-19. De acuerdo con la gestión de la red de donación y trasplantes, a tercer trimestre del año en Bogotá, el total de componentes anatómicos rescatados es de 421, de estos el 72,7 % (306) fueron de donantes cadavéricos y el 27,3% (115) fueron de donantes vivos.<sup>8</sup>

### 3.6. Ejemplos de actividades culturales para sensibilizar la donación de órganos en España:

- a) JORNADA “HAZTE DONANTE” EN LA FINAL DE LA COPA CATALUNYA: La ATHC participó en la Jornada “Fes-te donant”, realizada por la OCATT (Organització Catalana de Trasplantaments i Teixits, que se celebró el 31 de marzo en el Camp de la Nova Creu Alta de Sabadell, en la Final de la Copa Catalunya de fútbol. De esta manera SE mostró el compromiso con la sensibilización ciudadana repartiendo más de **4000 trípticos** del “Fes que el mecanisme de la vida no s’aturi mai” (“*Haz que el mecanismo de la vida no se detenga nunca*”), dando información en las puertas del campo.
- b) **CAMPAÑA #alargalavida (1 al 31 de mayo)**: La ATHC ha participado en la campaña iniciada por la e impulsada por la OCATT y por los alumnos de 4º de ESO de la Escuela Súnion, para concienciar de la necesidad de hacerse donante de órganos y tejidos para alargar y salvar vidas. La campaña #allargalavida” se ha extendido por las redes sociales, y contó con diversas acciones al aire libre, conferencias divulgativas, un spot promocional, carteles y microcápsulas testimoniales y con un acto de

---

<sup>8</sup> <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-cronicas/donacion-de-organos/#:~:text=En%20Bogot%C3%A1%2C%20a%20corte%20del%20tercer%20trimestre%20de,momento%20en%20el%20cual%20se%20encontraban%201.993%20personas.>

despedida. En las microcápsulas testimoniales, la ATHC participó con 5 testimonios y finalmente el testimonio de Josep Maria Martínez, presidente de nuestra entidad, fue una de las microcápsulas promocionales escogidas. El acto de despedida fue un concierto solidario el 24 de mayo con la **asistencia de 1200 personas**, y donde participaron grupos musicales de género y generaciones diferentes como símbolo de la unión de los dos protagonistas principales, **el donante y el receptor**.

- c) PRESENTACIÓN SOLIDARIA PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE TODOS LOS EQUIPOS DEL PUEBLO NUEVO 2002 C.F: Por primera vez en España, una Asociación de Trasplantados sponsoriza a 17 equipos de un mismo club de fútbol, para promover la donación de órganos y tejidos. Se celebró una jornada solidaria y festiva con la presentación de todos los equipos luciendo las camisetas con el lema de la ATHC, DONAR VIDA. Hubo actividades como grupos de danza, paella popular, sorteo de regalos, y mesas informativas sobre la donación de órganos y tejidos para los asistentes. Contamos con el apoyo del Ayuntamiento de Terrassa, de la AAVV de Poble Nou, del Pueblo Nuevo 2002 CF y de colaboradores de empresas y de particulares, que hicieron posible el éxito de la jornada.
- d) CREACIÓN DEL LEMA DE L'ATHC. CAMISETAS PARA PROMOCIONAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS: Con motivo de las diferentes actividades que debían realizarse durante el año, se decidió crear un nuevo lema que identificara a nuestra Asociación y a la vez ayudara a nuestro objetivo de promover la donación de órganos y tejidos (DONAR VIDA). Se hicieron camisetas para hacer más difusión entre la ciudadanía.

### 3.7. El Derecho a la Salud

Para la Organización Mundial de la Salud, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades es importante para la construcción de sociedades prósperas. Esta Organización, ha establecido que el acceso a la salud y el bienestar es un derecho humano, y esta es la razón por la que la Agenda para el Desarrollo Sostenible ofrece una nueva oportunidad de garantizar que todas las personas, no solo las de mayor poder adquisitivo, puedan acceder a los más altos niveles de salud y asistencia sanitaria. Es así como, en los objetivos de desarrollo sostenible para mejorar el mundo por parte de la OMS, se ha establecido que garantizar una vida sana para todos exige un compromiso firme, ya que las personas sanas son la base de las economías saludables.

Adicionalmente, esta organización ha manifestado que *“el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.”* Es así como se ha establecido que la discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales.<sup>9</sup>

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.<sup>10</sup>

Por su parte la Corte Constitucional Colombiana ha establecido:

*“el servicio público de salud, consagrado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha sido desarrollado jurisprudencial y legislativamente, delimitando y depurando tanto el contenido del derecho, como su ámbito de protección ante la justicia constitucional. En estos términos, esta Corte al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, se ha referido a dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. En cuanto a la salud como derecho fundamental, este debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.”*<sup>11</sup>

Adicionalmente, la sentencia T-001/18 establece el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como *la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”*. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la persona y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es

<sup>9</sup> Salud y Derechos Humanos, Violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud, OMS 2017. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

<sup>10</sup> Ibidem

<sup>11</sup> Sentencia T-012 de 2020. Corte Constitucional, M.P. Diana Fajardo Rivera

*un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.*  
(subrayado fuera de texto).

## **4. SUSTENTO JURÍDICO**

### **4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de republica 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 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 79: hace referencia al derecho de todas las personas a gozar de un ambiente sano, para lo cual la ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla.

Artículo 366: el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado, será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Acto Legislativo 02 de 2009, consagra el derecho a la salud y establece que “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

## **4.2. OTRAS NORMAS**

**4.2.1.** Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

**4.2.2.** Resolución 5261 de 1994: Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS

**4.2.3.** Ley 919 de 2004: por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico.

**4.2.4.** Ley 1122 de 2007 introdujo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que además se ocupó del equilibrio entre los actores del sistema, la financiación, la inspección, vigilancia y control y la organización de redes para la prestación de servicios de salud.

**4.2.5.** Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 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 brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.

**4.2.6.** Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud, tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano.

**4.2.7.** Resolución 429 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social definió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo general es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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”

**4.2.8.** Ley 1805 de 2016: Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.

**4.2.9.** Acuerdo 140 de 2005: Por medio del cual se promueven cambios culturales para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, en el Distrito Capital

**4.2.10** Acuerdo 369 de 2009: "por el cual se crea la orden "responsabilidad social dona Bogotá" en materia de donación de órganos y tejidos"

**4.2.11.** Acuerdo 363 de 2009:"Por el cual se establece la coordinación entre la Secretaría de Salud y las ESE'S del Distrito Capital en cuanto a la donación y trasplante de órganos y tejido

**4.2.13.** Acuerdo 419 de 2009: "Por el cual se establece la obligatoriedad de reportar las muertes en el momento de su ocurrencia con fines de trasplante de órganos y tejidos

## **5. COMPETENCIA DEL CONCEJO.**

### 5.1. Constitución Política:

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:

2. Ejercer las competencias que les correspondan.

Artículo 313. Corresponde a los Concejos:

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

### 5.2. 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 (...)

## **6. IMPACTO FISCAL.**

El presente proyecto de acuerdo no tiene impacto fiscal, toda vez que su implementación no demanda recursos en los cuales deba recurrir el Distrito Capital, atendiendo lo preceptuado en el artículo 7 de la ley 819 de 2003.

**EDWARD A. ARIAS RUBIO**  
Concejal de Bogotá

Anexos: N/A

Copia: N/A

Elaboró: Dayana García Rozo., Asesora

Revisó: Edward Aníbal Arias Rubio

**Aprobó: Edward Aníbal Arias Rubio**

**PROYECTO DE ACUERDO NO 310 DE 2025  
PRIMER DEBATE**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE PROMUEVE LA CULTURA DE DONACIÓN DE  
ÓRGANOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO CAPITAL Y SE  
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**

El Concejo de Bogotá en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial, las conferidas el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

**A C U E R D A**

**ARTÍCULO 1º - OBJETO.** El presente Acuerdo tiene por objeto fomentar la cultura de donación de órganos y tejidos, con fines de trasplante en las Instituciones Educativas del Distrito Capital.

**ARTÍCULO 2º- ESTRATEGIA.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud y con la Secretaría Distrital de Educación, realizará actividades culturales y deportivas que tengan como finalidad fomentar la cultura de donación de órganos y tejidos en la comunidad estudiantil de las diferentes instituciones educativas del Distrito Capital

**ARTÍCULO 3º. VIGENCIA.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

**PROYECTO DE ACUERDO NO 311 DE 2025**

**PRIMER DEBATE**

***POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA FOMENTAR UNA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL, SE RECONOCE EL DÍA DISTRITAL DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.***

**1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto establecer lineamientos para fomentar una Política de humanización en la atención en salud en el Distrito Capital, y se reconoce el día Distrital de la humanización en salud, con el fin de que se propicie una cultura de la humanización en los servicios de salud centrada en las personas, que garantice una atención digna, de respeto hacia el usuario y a su privacidad, pertinente, ética y segura, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial, que mejore la experiencia de las personas en el sector salud de Bogotá y dé respuesta efectiva a las necesidades de las personas.

**2. ANTECEDENTES**

| PROYECTO                                                                                                                                                              | TRÁMITE                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 457 de 2023: “Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el | Tramitado en la comisión segunda permanente de gobierno. Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022. |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones”                                                                                                                                                                       | Ponencias positivas de los Concejales Juan Felipe Grillo Carrasco(Coordinador) y. Álvaro Acevedo Leguizamón                                                                                                                |
| 624 de 2023: “Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones” | Se solicita desarchivo del P.A 457 de 2022 tal y como lo establece el parágrafo del artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias.<br>Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022 |
| 61 de 2024:“Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones”   | Ponencias positivas de los Concejales Andrés Leandro Castellanos Serrano (Coordinador) y Juan Daniel Oviedo Arango<br>Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022                                              |
| 206 de 2024:“Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones”  | Se solicita desarchivo del P.A 457 de 2022 tal y como lo establece el parágrafo del artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias.<br>Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022 |
| 504 de 2024:“Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones”  | Ponencias positivas de los Concejales. Diana Marcela Diago Guáqueta (coordinadora) y H.C. Emel Rojas Castillo                                                                                                              |
| 638 de 2024:“Por medio del cual se establecen lineamientos para fomentar una                                                                                                                                                                     | Se solicita desarchivo del P.A 504 de 2024 tal y como lo establece el parágrafo del                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| política de humanización en la atención en salud en el distrito capital, se reconoce el día distrital de la humanización en salud y se dictan otras disposiciones” | artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

### 3.JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

#### 3.1. Importancia de la Humanización en la atención sanitaria

La Asamblea General de la ONU declaró el 10 de diciembre de 1948, los derechos humanos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen entre otros, el derecho a la vida<sup>12</sup>, el derecho a la privacidad, a la seguridad social, libertad de opinión, de conciencia..., los cuales se encuentran articulados con la humanización.

En nuestra Constitución en el artículo 1, se expresa que “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de republica 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”; en el Artículo 49 se reconoce que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. En consonancia con lo anterior, en la Ley 1751 de 2015 - Ley Estatutaria de la Salud, se define la garantía del derecho fundamental a la salud **como elemento esencial de la humanización reconociendo y garantizando la dignidad humana.**

---

<sup>12</sup> <https://www.un.org/es/global-issues/human-rights>

La Humanización<sup>13</sup> se entiende como “la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad. De esta manera, su desarrollo necesita de colaboración multidisciplinar y debe tener impacto directo sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, la Administración, las políticas sanitarias, y los pacientes y cuidadores. Así, la Humanización alcanza todos los niveles de la asistencia sanitaria materializados en micro, meso, macro y Meta gestión”.

**La Organización Mundial de Salud (OMS)** <sup>14</sup> define que el fin de *la calidad de la asistencia sanitaria, es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio clínico, y **lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso**”.*

Indica la OMS que “las formas de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la gente, no sólo se expresa en términos de resultados en salud, **sino en relación con aspectos como la satisfacción de las expectativas con respecto al trato que debería recibir**; incluso en relación con las atenciones de salud pública.”.

Para la OMS <sup>15</sup> “en el mundo se necesita un cambio fundamental en la prestación de servicios, de manera **que se presten servicios de calidad con compasión, centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, puesto que se ha demostrado**

<sup>13</sup> <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>

<sup>14</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20calidad%3F,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios> .

<sup>15</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

**que la prestación de servicios con compasión mejora los resultados en varios contextos”.** Por lo anterior la OMS presta apoyo a los países en su labor de implicación comunitaria para ofrecer servicios sanitarios de calidad, centrados en las personas y resilientes.

La OMS establece que los servicios sanitarios de calidad<sup>16</sup>, deben ser:

- **eficaces:** proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- **seguros:** evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- **centrados en la persona:** *dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;*
- **oportunos:** reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- **equitativos:** dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- **integrados:** dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- **eficientes:** maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico- OCDE y el Banco Mundial (2020), “la cobertura universal de salud se alcanza cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, estos

---

<sup>16</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

servicios tienen un grado efectivo de calidad y los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios”. Esta definición considera tres dimensiones claves para la cobertura:

- Acceso a servicios de salud, independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación o las vulnerabilidades de las personas.
- Protección financiera, de manera que la población pueda acceder a servicios de salud sin incurrir en riesgos financieros.
- Atención en salud eficaz, costo-efectiva y sostenible.

La humanización de los servicios asistenciales en la salud sigue siendo un problema y un reto que reclama ser incluido en la dinámica que las instituciones asistenciales ofrecen, ya que los servicios de la salud dejan insatisfechos a los enfermos, y ellos o sus familiares, reclaman por ser maltratados, por no ser atendidos con prontitud y respeto, porque sus derechos son violados, ignorados y porque la actitud, la indiferencia y la insolidaridad hacen más vulnerable su estado de enfermedad. En esta perspectiva aparece que humanizar la salud, es un ámbito ético y bioético<sup>17</sup>.

El respeto a las personas implica en este contexto:

- Brindar una atención oportuna, es decir, una atención inmediata en situaciones de urgencia y espera razonable, en casos que no sean de urgencia.

---

<sup>17</sup> Andino C. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética Universidad del Bosque. Vol 10 N0. 1 Enero-Junio de 2015.  
<https://www.redalyc.org/journal/1892/189242405005/html/#:~:text=La%20bio%C3%A9tica%20es%20un%20puente,vida%20de%20las%20personas%20enfermas.>

- Comodidades de calidad observada, como limpieza y espacio
- Acceso a redes de apoyo social como familiares y amigos, para las personas atendidas
- Selección del proveedor, enfocado a la libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención.

La resolución 229 de 2020<sup>18</sup>, del Ministerio de Salud y Protección Social, define los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes, Contributivo y Subsidiado. En el capítulo de derechos, incorpora aspectos fundamentales de la humanización, entre otros:

### **3.2 Capítulo de derechos**

El capítulo de derechos deberá especificar que todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

#### **3.2.1 Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz**

**3.2.1.1** Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC.

---

<sup>18</sup> [http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion\\_minsaludps\\_0229\\_2020.htm](http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_0229_2020.htm)

**3.2.1.2** Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.

**3.2.1.3** Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad, así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos.

**3.2.1.4** Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la EPS. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud.

**3.2.1.5** Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.

**3.2.1.6** Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.

**3.2.1.7** Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.

**3.2.1.8** Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.

**3.2.1.9** Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.

**3.2.1.10** Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.

**3.2.1.11** Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos,

**3.2.1.12** Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

**3.2.1.13** Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente

por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.

**3.2.1.14** Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 60 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

### **3.2.2 Protección a la dignidad humana**

**3.2.2.1** Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.<sup>3</sup>

**3.2.2.2** Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

**3.2.2.3** Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

**3.2.2.4** Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos o cuotas moderadoras.

**3.2.2.5** Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

### **3.2.3 A la información**

**3.2.3.1** Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas reclamos y/o denuncias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.

**3.2.3.2** Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de estos y el pronóstico de su diagnóstico.

**3.2.3.3** Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

**3.2.3.4** Ser Informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte

Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objetor.

**3.2.3.5.** Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.

**3.2.3.6** Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista; y, (iv) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

**3.2.3.7** Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.

**3.2.3.8** Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por este Ministerio.

**4.2.3.9** Solicitar copia de su historia clínica y que esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.

#### **4.2.4 A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia**

**3.2.4.1** Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.

**3.2.4.2** Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.

**3.2.4.3** A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.

**3.2.4.4** A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o

tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

**3.2.4.5** A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.

La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.

**3.2.4.6** Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.

**3.2.4.7** Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

**3.2.4.8** Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 40 de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al INS.

**3.2.4.9** Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista

interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del Sisbén o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

### **3.2.5 A la confidencialidad**

**3.2.5.1** A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.

**3.2.5.2** A que, en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

### **3.2.6 A la asistencia religiosa**

Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno.

## **3.2. Panorama de la Humanización en Salud**

En la Propuesta de Política de Humanización en salud para Colombia<sup>19</sup>, se referencia como experiencias significativas en Humanización a nivel internacional, las siguientes:

- España, cuenta con la incursión de la humanización en el sistema salud, desde los años 60. En el Consejo de Europa se sustenta que para que los hospitales fueran más humanos debería existir un mayor respeto a la dignidad. En la década de los años 80 nace el Centro de humanización en salud de los Religiosos Camilos con el objetivo de promover cultura de humanización del cuidado y asumen su calidad de

---

<sup>19</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

Director, Councelling y experto en humanización y referente mundial en Humanización.

El Plan de calidad de la Comunidad de Madrid en España 2022-2025 <sup>20</sup> “ tiene el propósito de seguir avanzando en la estrategia de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria mediante diferentes líneas de actuación agrupadas en cuatro ejes estratégicos que ponen el foco en la persona como centro de la atención, en las infraestructuras, entornos y espacios donde se desarrolla esta atención, en los profesionales como agentes clave de humanización, así como, en el impulso del liderazgo y de una organización humanizada. contempla los siguientes Ejes y Líneas estratégicas

#### **EJE 1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

---

- **Línea 1.1.** Atención personalizada.
- **Línea 1.2.** Capacitación en salud de las personas.
- **Línea 1.3.** Integración de la voz de los pacientes y de la ciudadanía.
- **Línea 1.4.** Recursos telemáticos y telemedicina.

#### **EJE 2. INFRAESTRUCTURAS, ENTORNOS Y ESPACIOS**

---

- **Línea 2.1.** Accesibilidad física cognitiva y comunicativa.
- **Línea 2.2.** Información y señalización.
- **Línea 2.3.** Espacios humanizados.

#### **EJE 3. PROFESIONALES COMO AGENTES DE HUMANIZACIÓN**

---

- **Línea 3.1.** Sensibilización y formación.
- **Línea 3.2.** Acogida y reconocimiento.
- **Línea 3.3.** Profesionales y equipos saludables.

#### **EJE 4. LIDERAZGO Y ORGANIZACIÓN HUMANIZADA**

---

- **Línea 4.1.** Cultura de humanización.
- **Línea 4.2.** Liderazgo en humanización.
- **Línea 4.3.** Estructura organizativa para la humanización.
- **Línea 4.4.** Modelo de excelencia en humanización.
- **Línea 4.5.** Alianzas.

Figura 1. Ejes y líneas estratégicas Plan de Humanización Comunidad de Madrid 2022-2025

---

<sup>20</sup> <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>

- En Perú, el Seguro Social de Salud<sup>21</sup> instauró el 14 de febrero como el Día de la Humanización, con el propósito de posicionar la importancia del valor del respeto al paciente.
- El Parlamento Europeo estableció a partir del 2007, el 18 de abril de cada año, como el **Día Europeo de los Derechos de los Pacientes**<sup>22</sup>, que nació gracias a la Organización denominada **Red de Ciudadanía Activa**, que a partir del año 2002 a través de la **Carta de los Derechos de los Pacientes** promulgó los catorce derechos que deben tener los pacientes de toda **Europa** y los cuales deben ser debidamente acatados y cumplidos por todos los centros de salud como hospitales, clínicas, etc.
- México en el año 2000, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente el objetivo número 5, adquiere el compromiso de mejorar la salud materna y en reducir la tasa de mortalidad materna, en el año 2010, en los servicio de salud de Oaxaca que presenta la mayor diversidad étnica y lingüística de México, desarrolla el proyecto piloto de atención humanizada del parto con enfoque de interculturalidad involucra el reconocimiento y respeto de las diferencias, la mujer es protagonista del trabajo de parto, de acuerdo a el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otras prácticas propias de su cultura.
- El Salvador cuenta desde el 2011, con un Programa de Humanización de los Servicios de Salud, el cual promueve la humanización como eje transversal de todos los procesos, administrativos y de salud, además, en fortalecer la cultura institucional que promueva la práctica de principios y valores.
- En Brasil, para el año 2000 el Ministerio de Salud desarrolla el Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia Hospitalaria, con el objetivo de promover una

<sup>21</sup> <http://www.essalud.gob.pe/essalud-instituye-el-14-de-febrero-como-dia-de-la-humanizacion/#:~:text=El%20Seguro%20Social%20de%20Salud,de%20EsSalud%2C%20doctora%20Virginia%20Baffigo.>

<sup>22</sup> <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-europeo-derechos-pacientes>

nueva cultura de atención en salud que favoreciera la mejora de la calidad y efectividad de los servicios prestados. En el año 2003, el Ministerio de Salud transforma el Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia Hospitalaria en la Política Nacional de Humanización, el cual está presente en todas las acciones de salud de forma transversal, alimenta el intercambio y la construcción de conocimiento, el diálogo entre profesionales, el trabajo en equipo y la consideración de las necesidades, deseos e intereses de diferentes actores en el campo de la salud, incrementa el grado de corresponsabilidad entre los actores frente al cambio en la cultura del cuidado de los usuarios y en la gestión de los procesos de trabajo.

Para abordar esta problemática, en Colombia, en la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral con principios de igualdad, enfoque diferencial y calidad **mediante una atención humanizada.**

En el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud (estándares superiores de calidad), introdujo la exigencia de respetar los derechos de los pacientes y fomentar sus deberes, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de Humanización.

En la Ley 1438 del 2011, que reforma el Sistema de Seguridad Social integral se indica que se deben proveer servicios de forma integral segura y oportuna mediante una atención humanizada.

Posteriormente, en la ley 1751 del 2015 se define la garantía del derecho fundamental a la salud como elemento esencial de la humanización reconociendo y garantizando la dignidad humana.

Mediante la Resolución 5095 de 2018, se fortalece el Eje de humanización desde la Acreditación en salud, con criterios explícitos que orientan los derroteros para lograr una Atención humanizada,

“Estándar 33 <sup>23</sup> Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:

Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
  - En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
  - Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
  - Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.

---

<sup>23</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
  - Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables. • Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
  - El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
  - Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.
  - Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).
  - El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.
- Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas”

En Colombia se resaltan algunas prácticas exitosas en Humanización<sup>24</sup>, como:

- El Hospital con Alma Pablo Tobón Uribe con enfoque de Humanización en la Institución para el Trabajador de la Salud y su Familia;
- El Hospital Universitario San Ignacio con el arte de humanizar Superhéroes de Radioterapia;
- La Secretaria Distrital de Salud, Subred Sur Occidente ESE con humanización pilar fundamental de la cultura institucional;
- El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E con Lacto terapia Humanizando en la Atención Materno-Perinatal;
- El Hospital Universitario la Samaritana con enfoque integral de Humanización SAMI “Calidad soy Yo”;
- El Hospital Susana López de Valencia E.S.E, fortaleciendo del talento humano “SUSANITA” cultura organizacional “Pensando en ti, doy lo mejor de mí”;
- El Instituto Roosevelt con “Terapia del Amor”;
- El Hospital Infantil los Ángeles “Dignidad y Compasión” experiencia de transformación cultural en el proceso integral de Humanización;
- La Clínica Foscal “Humanizando los cuidados en la H-UCI”;
- La Fundación Valle de Lili “Comprometidos con la Ciencia y el Arte del Cuidado Humanizado”;
- La Fundación Santa Fe de Bogotá Cultura de Servicio Humanizado “Atención Centrada en la Persona”.

---

<sup>24</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

- El Instituto Nacional de Cancerología con el Plan de Humanización 2016 desde el enfoque biopsicosocial el cual considera al ser humano en sentido holístico en sus dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social

De igual forma, también se resaltan experiencias como:

- “Bogotá Humana” con el “Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012, desde el enfoque ético orientado en la mejora de las competencias del talento humano, del bienestar de la comunidad y la mejora del grado de satisfacción de las personas con la participación activa y trabajo intersectorial.
- Plan de Humanización promovido por la Secretaría de Salud de Cundinamarca; **PLAN DE DESARROLLO "CUNDINAMARCA, REGIÓN QUE PROGRESA" 2020-2024**, con la meta de **mantener en los 53 hospitales públicos la estrategia de humanización en la prestación de servicios de salud.**

La Humanización de los servicios de salud, también se incorporó en el Plan de Desarrollo Distrital <sup>25</sup> vigencia 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI”, aprobado mediante el acuerdo 761 de 2020, del Concejo Distrital, en específico para la Salud mental. “Artículo 101. **Plan de Prevención y Atención Efectiva, Humanizada e Integral de salud mental.** La Secretaría Distrital de Salud formulará e implementará un Plan de Prevención y Atención Efectiva, Humanizada e Integral para tratar a las personas con trastornos y enfermedades mentales, con enfoque poblacional de niñez y adulto mayor, y de género hacia las mujeres, territorializado en las 20 Localidades de la ciudad”.

---

<sup>25</sup> <https://bogota.gov.co/sites/default/files/acuerdo-761-de-2020-pdd.pdf>

De igual forma en el Artículo 103 se establece “Integralidad del Sistema de Salud Distrital. Con el fin de lograr la dirección integral del sistema de salud distrital, en el marco de la Ley 1751 de 2015, el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 715 de 2001, la Secretaría Distrital de Salud fortalecerá la gestión centralizada de la atención territorial en salud para el funcionamiento de la atención médica domiciliaria, atención ambulatoria y hospitalaria, articulando los recursos de las diferentes EAPBS para el despliegue del modelo de atención de salud distrital, de forma concomitante gestionará ante la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones institucionales pertinentes en procura de la desconcentración de las competencias necesarias para fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control. Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad, deben garantizar para sus afiliados los servicios en la misma localidad de residencia para el cumplimiento de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia, o bien con su propia red de prestación de servicios de salud o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad. Parágrafo. Para su cumplimiento se realizará la georreferenciación de oportunidad y acceso a servicios de salud, con adscripción de la población a IPS y/o ESE en su localidad. Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad deben garantizar la atención en salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia o bien con su propia infraestructura o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad”.

La Secretaría de Salud de Bogotá durante los años 2020 – 2021 <sup>26</sup>desarrolló una investigación denominada “*Conceptualización de atención humanizada de los sujetos de atención a partir del análisis de las comunicaciones de los usuarios al sistema distrital para*

---

<sup>26</sup> <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/Humanizacion.aspx>

*la gestión de peticiones ciudadanas, recibidas durante 2019”, concluyendo en la misma que los usuarios de servicios de salud entienden que una atención humanizada es aquella que brinda “un trato digno y respetuoso que garantice los derechos a través de atención de cuidado pertinente, ético, seguro, que promueva una cultura centrada en la buena comunicación e información, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial”.*

En el 2021, la Secretaría de Salud, realizó la Cartilla “humanicemos la atención en salud”, donde contempla algunos aspectos orientadores<sup>27</sup> y en Octubre de 2022, la Secretaría de Salud Distrital mediante la circular 046 de 2022<sup>28</sup> establece como prioridad que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Públicas y Privadas de la capital, implementen cinco pilares con sus respectivas acciones, los cuales se fundamentan en la atención humanizada y centrada en la persona: TRATO DIGNO Y RESPETUOSO; GARANTIA DE DERECHOS; CUIDADO PERTINENTE ETICO Y SEGURO; CULTURA CENTRADA EN LA BUENA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN; SIN DISCRIMINACIÓN Y CON PREDOMINIO DE UN ENFOQUE DIFERENCIAL.

Al revisar resultados de humanización en salud en Bogotá, en la propuesta de Política de humanización del Ministerio de Salud y protección Social <sup>29</sup>, se referencia que “el Nodo Bogotá a través de la Secretaría de Distrital de Salud determina la incidencia de la deshumanización en la prestación de servicios de salud en las quejas presentadas por las personas del Distrito Capital, comprendido en los años 2017, 2018 y primer semestre de 2019, a través del aplicativo SIGEME de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud”. Durante el periodo evaluado se

---

<sup>27</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Humaniza/Cartilla\\_Humanicemos\\_at\\_salud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Humaniza/Cartilla_Humanicemos_at_salud.pdf)

<sup>28</sup> <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=129223>

<sup>29</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

presentaron en total 5.683 quejas, de las cuales el 9,7% correspondían a quejas por deshumanización.

La mayoría de las quejas que refieren los pacientes y familiares, son por trato inadecuado por parte del personal de salud y/o administrativo, entendiendo como trato inadecuado, situaciones en las que las personas sienten vulnerada su dignidad, tales como actitudes déspotas, groseras e impersonales en la atención. De la misma forma el maltrato físico y verbal hacen parte de los motivos por los cuales se quejan los pacientes.

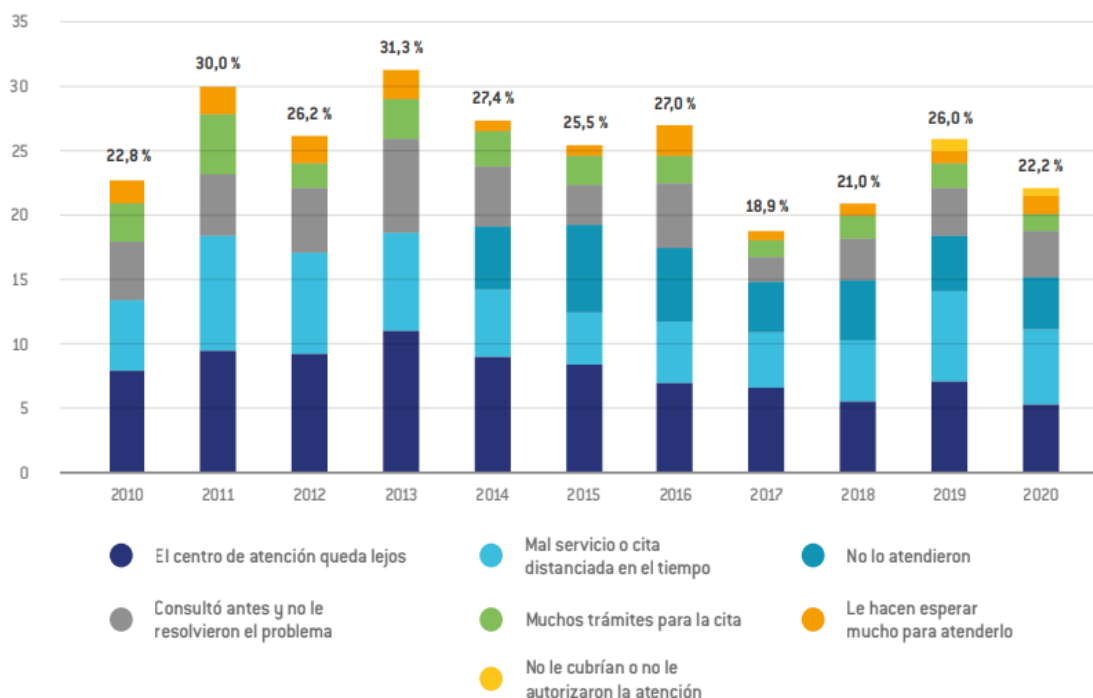
Según los resultados consolidados por el Concejo Privado de competitividad <sup>30</sup>, en el caso colombiano para el 2020, se presentan retos en ***el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, que son determinantes para la humanización y la calidad de atención.***

Los resultados de este estudio muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites, han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 5 personas con problemas de salud:

---

<sup>30</sup> [https://compite.com.co/wp-content/uploads/2021/11/08\\_CPC\\_INC\\_2021\\_SALUD-V6-1.pdf](https://compite.com.co/wp-content/uploads/2021/11/08_CPC_INC_2021_SALUD-V6-1.pdf)

Barreras de oferta como la falta de oportunidad de las citas, la ubicación geográfica del punto de atención o la cantidad de trámites impidieron que 1 de 5 personas tuviera acceso a los servicios de salud ante un problema de salud.

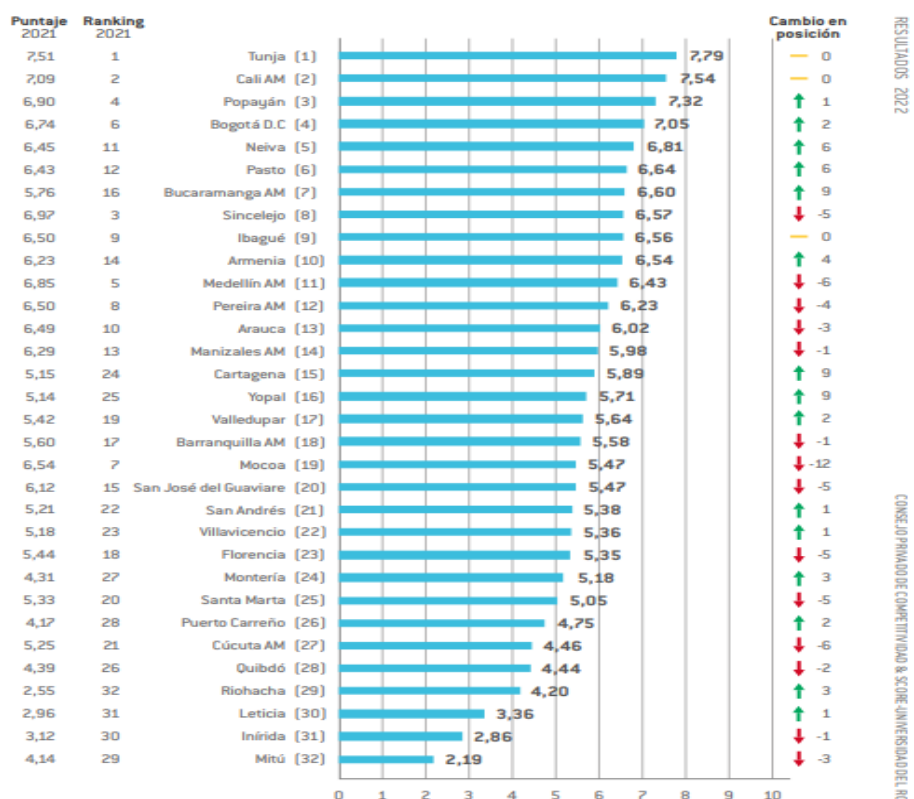


Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, DANE (2021). Cálculos: CPC.

Figura 2. Barreras de acceso a los servicios médicos- Concejo privado de Competitividad

Bogotá, ocupó en este estudio, el 4 lugar en el índice de competitividad, en el pilar salud<sup>31</sup>, por debajo de ciudades como Tunja, Cali y Popayán, con menores puntajes en acceso a la salud, resultados en salud (8 lugar) y capacidades en salud (6 lugar).

<sup>31</sup> <https://urosario.edu.co/static/Documentos/La-universidad/ICC-2022.pdf>



Fuente: Consejo Privado de Competitividad & Centro de Estudios en Competitividad Regional- Universidad del Rosario.

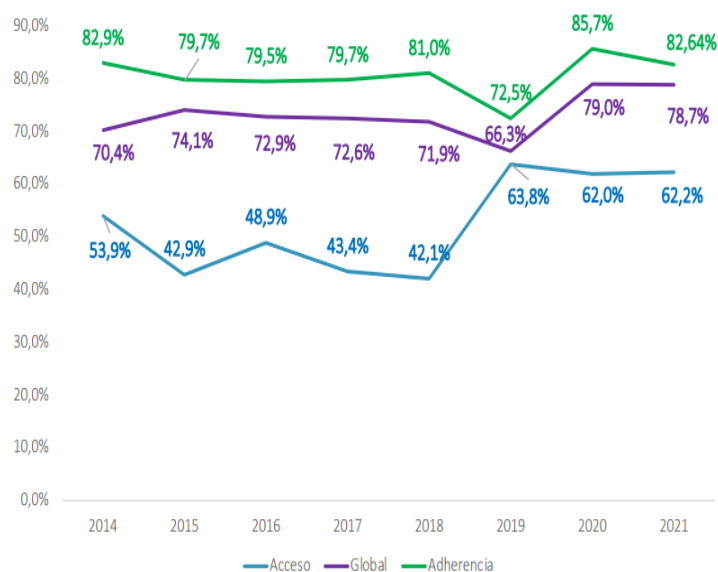
37

Figura 3. Ranking competitividad pilar Salud Colombia

De igual forma, en el estudio Nacional de evaluación de los servicios de las EPS- Régimen contributivo y Subsidiado 2021 <sup>32</sup>, se encontraron los siguientes resultados para el 2021, relacionados con algunos factores relacionados con la Humanización: el 82, 64% recomendarían las EPS, el 78,7% califican como muy buena o buena la experiencia y el acceso a los servicios fue el ítem con menor calificación, con el 62,2%.

<sup>32</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado2021.pdf>

Comparación entre las encuestas nacionales de percepción de los servicios de las EPS 2014 - 2021



- **Adherencia:** hace referencia a si las personas recomendarían la EPS a la cual están afiliadas
- **Global:** Es la experiencia que percibe el usuario al utilizar los servicios de la EPS (calificación de muy bueno o bueno)
- **Acceso:** Nivel de acceso a los servicios de la EPS (fácil o muy fácil)

En el 2019 el impacto en acceso es un resultado de las liquidaciones de EPS presentadas en este año, lo cual generó mayor accesibilidad para los usuarios pero a su vez una caída en la satisfacción general. Por tanto, los usuarios no recomendaron tanto su EPS en el momento

Fuente: Proyectamos Colombia S.A.S con información de versiones anteriores de la evaluación de los servicios de las EPS desde 2014 a 2021

ESTUDIO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO 2021



Figura 4. Evaluación de servicios EPS 2021

Respecto a los factores de los servicios los aspectos con menor calificación fueron los tiempos de espera, la simplicidad y agilidad en los trámites, así como el tiempo dedicado por el médico al proceso de atención.

SATISFACCIÓN

CALIFICACIÓN (algo satisfecho y totalmente satisfecho) DE LOS FACTORES DE SERVICIOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

|                                                                                                       | RÉGIMEN      |            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-------|
|                                                                                                       | CONTRIBUTIVO | SUBSIDIADO | Total |
| El trato del personal administrativo: Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc. | 78,9%        | 76,2%      | 78,0% |
| El trato del personal asistencial: médicos, enfermeras, terapeutas, etc.                              | 88,7%        | 84,9%      | 87,4% |
| Su cercanía a puntos de atención de su EPS (sedes regionales, puntos de atención o promotores)        | 75,2%        | 76,0%      | 75,5% |
| Las instalaciones de los prestadores de salud a donde lo envía su EPS                                 | 81,2%        | 83,3%      | 81,9% |
| La cercanía a hospitales y puestos de salud que la EPS contrate                                       | 74,6%        | 76,1%      | 75,1% |
| Tiempos de espera para la atención                                                                    | 66,7%        | 65,3%      | 66,2% |
| Simplicidad y agilidad en los trámites                                                                | 64,5%        | 64,5%      | 64,5% |

Base: 39.567.993 personas

Fuente: Proyectamos Colombia S.A.S con información de la evaluación de los servicios de las EPS 2021

ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OCDE: INCLUSIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA

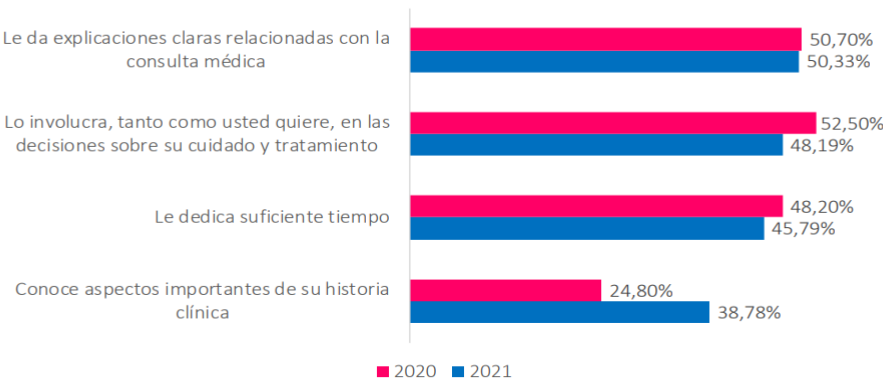
| OCDE                                                                                    | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | POCAS VECES | NUNCA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|-------|
| Conoce aspectos importantes de su historia clínica                                      | 38,78%  | 26,60%       | 25,85%      | 5,38% |
| Le dedica suficiente tiempo                                                             | 45,79%  | 19,22%       | 29,50%      | 2,05% |
| Lo involucra, tanto como usted quiere, en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento | 48,19%  | 22,28%       | 18,77%      | 6,22% |
| Le da explicaciones claras relacionadas con la consulta médica                          | 50,33%  | 24,08%       | 20,96%      | 1,91% |

Base: 39.567.993 personas

Fuente: Proyectamos Colombia S.A.S con información de la evaluación de los servicios de las EPS 2021

ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OCDE: INCLUSIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



Base: 39.567.993 personas

Fuente: Proyectamos Colombia S.A.S con información de la evaluación de los servicios de las EPS 2021

Según la Defensoría del Pueblo<sup>33</sup>, “entre enero y septiembre de 2022 se presentaron 109.825 tutelas que invocaron el derecho a la salud, es decir 12.203 tutelas mensuales en promedio, superior en 58,31% a las 7.708 tutelas que en promedio se presentaron en 2021, año en el cual la cifra total de tutelas en salud llegó a 92.499 acciones.... El derecho a la salud es el segundo derecho más tutelado y representa el 24,47% del total”

“Las regiones con más tutelas en salud durante los primeros 9 meses de 2022 son: Antioquia con 19.016 acciones que representan el 17,31% del total nacional, Valle del Cauca con 12.286 (11,19%), Bogotá con 10.391 (9,46%), Norte de Santander con 9.211 (8,39%), Santander con 6.957 (6,33%) y (5,09%). En todas las regiones se presentan incrementos significativos en el promedio mensual”.

Según el informe publicado por la Superintendencia de Salud<sup>34</sup>, **Bogotá, presentó para el 2022, la tercera tasa más alta por departamento de Peticiones, Quejas, Reclamos y Derechos de petición por atenciones en Salud (31,88), con un total de PQRD de 7.921.164.**

<sup>33</sup> [https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021#:~:text=frente%20a%202021-,Tutelas%20en%20salud%20aumentaron%2058%2C31%25%20en%20el%20promedio%20mensual,de%202022%20frente%20a%202021&text=Bogot%C3%A1%2C%20Diciembre%204%20de%202022%20\(Defensoria%40Col\).](https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021#:~:text=frente%20a%202021-,Tutelas%20en%20salud%20aumentaron%2058%2C31%25%20en%20el%20promedio%20mensual,de%202022%20frente%20a%202021&text=Bogot%C3%A1%2C%20Diciembre%204%20de%202022%20(Defensoria%40Col).)

<sup>34</sup>

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/EstadisticasPQRD/Forms/AllItems.aspx#InplviewHash027cb112-aa9f-4329-854b-e5012d1ef01f=FolderCTID%3D0x012001-SortField%3DLinkFilename-SortDir%3DAsc>

## PQRD POR DEPARTAMENTO

| CÁLCULO DE TASA CON EL PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO    |        |        |         |        |         |        |         |        |         |        |         |        |                  |                                                |                   |
|----------------------------------------------------------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|------------------|------------------------------------------------|-------------------|
| DEPARTAMENTO                                             | ENE    | FEB    | MAR     | ABR    | MAY     | JUN    | JUL     | AGO    | SEP     | OCT    | NOV     | DIC    | TOTAL PORD 2.022 | *PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO DICIEMBRE 2022 | TASA AÑO CORRIDO  |
| RISARALDA                                                | 3.562  | 3.405  | 4.145   | 3.470  | 4.084   | 3.953  | 3.885   | 3.492  | 3.408   | 3.170  | 3.161   | 2.796  | 42.471           | 995.845                                        | 42,65             |
| VALLE DEL CAUCA                                          | 12.347 | 13.270 | 15.737  | 13.423 | 14.981  | 14.134 | 14.800  | 13.389 | 14.479  | 13.221 | 14.361  | 12.522 | 166.664          | 4.522.161                                      | 36,85             |
| BOGOTÁ D.C.                                              | 17.059 | 18.286 | 22.091  | 19.420 | 22.648  | 21.045 | 23.178  | 22.788 | 23.453  | 21.469 | 22.504  | 18.596 | 252.537          | 7.821.184                                      | 31,88             |
| CALDAS                                                   | 2.025  | 2.169  | 2.545   | 2.280  | 2.440   | 2.176  | 2.355   | 2.173  | 2.261   | 2.039  | 2.096   | 1.781  | 26.340           | 863.535                                        | 30,50             |
| ANTIOQUIA                                                | 12.817 | 13.239 | 16.002  | 14.230 | 16.710  | 16.015 | 17.586  | 15.500 | 16.147  | 15.937 | 15.919  | 14.784 | 184.886          | 6.698.591                                      | 27,60             |
| SANTANDER                                                | 4.136  | 4.361  | 4.925   | 4.188  | 5.146   | 5.211  | 5.918   | 5.613  | 5.542   | 5.190  | 5.392   | 4.571  | 60.193           | 2.189.969                                      | 27,49             |
| TOLIMA                                                   | 2.229  | 2.558  | 2.798   | 2.474  | 2.838   | 2.638  | 2.844   | 2.737  | 2.780   | 2.687  | 2.752   | 2.519  | 31.854           | 1.225.880                                      | 25,98             |
| QUINDÍO                                                  | 1.247  | 1.155  | 1.383   | 1.113  | 1.210   | 1.216  | 1.263   | 1.079  | 1.161   | 1.074  | 1.069   | 932    | 13.902           | 562.069                                        | 24,73             |
| HUILA                                                    | 1.735  | 1.836  | 2.098   | 1.827  | 2.147   | 2.142  | 2.346   | 2.887  | 2.360   | 2.572  | 2.544   | 2.147  | 26.641           | 1.085.746                                      | 24,54             |
| CUNDINAMARCA                                             | 3.923  | 4.441  | 5.239   | 4.632  | 5.374   | 5.158  | 5.797   | 5.404  | 6.240   | 5.638  | 5.823   | 4.968  | 62.637           | 2.573.581                                      | 24,34             |
| META                                                     | 1.398  | 1.487  | 1.722   | 1.553  | 1.912   | 1.799  | 2.124   | 2.002  | 2.080   | 2.042  | 2.201   | 1.835  | 22.155           | 1.013.459                                      | 21,86             |
| CAUCA                                                    | 1.497  | 1.621  | 1.889   | 1.786  | 1.739   | 1.680  | 1.900   | 1.624  | 1.703   | 1.667  | 1.848   | 1.739  | 20.693           | 955.243                                        | 21,66             |
| BOYACÁ                                                   | 1.677  | 1.810  | 1.937   | 1.650  | 2.094   | 2.037  | 2.193   | 2.233  | 2.273   | 2.160  | 2.178   | 1.680  | 23.922           | 1.152.718                                      | 20,75             |
| ATLANTICO                                                | 4.259  | 4.383  | 4.721   | 4.572  | 5.016   | 4.913  | 5.141   | 4.624  | 4.480   | 4.388  | 4.115   | 4.022  | 54.634           | 2.719.602                                      | 20,09             |
| CASANARE                                                 | 465    | 521    | 682     | 541    | 610     | 675    | 725     | 802    | 899     | 723    | 809     | 640    | 8.092            | 412.998                                        | 19,59             |
| NORTE DE SANTANDER                                       | 2.152  | 2.439  | 2.553   | 2.031  | 2.309   | 1.946  | 2.059   | 2.251  | 2.335   | 1.981  | 2.079   | 2.003  | 26.138           | 1.615.630                                      | 16,18             |
| CESAR                                                    | 1.295  | 1.368  | 1.621   | 1.271  | 1.515   | 1.393  | 1.689   | 1.600  | 1.591   | 1.505  | 1.560   | 1.424  | 17.832           | 1.161.422                                      | 15,35             |
| SUCRE                                                    | 870    | 1.037  | 1.282   | 1.012  | 1.222   | 1.088  | 1.168   | 1.091  | 1.250   | 1.064  | 1.249   | 1.022  | 13.355           | 950.128                                        | 14,06             |
| ARAUCA                                                   | 217    | 267    | 320     | 282    | 311     | 312    | 310     | 363    | 398     | 326    | 443     | 387    | 3.936            | 288.780                                        | 13,63             |
| AMAZONAS                                                 | 37     | 60     | 46      | 35     | 51      | 59     | 66      | 67     | 38      | 36     | 32      | 20     | 547              | 43.584                                         | 12,55             |
| GUAINÍA                                                  | 24     | 17     | 25      | 53     | 42      | 43     | 41      | 46     | 205     | 40     | 48      | 32     | 616              | 49.977                                         | 12,33             |
| GUAVIARE                                                 | 79     | 87     | 84      | 86     | 103     | 88     | 76      | 82     | 85      | 64     | 95      | 71     | 1.000            | 83.754                                         | 11,94             |
| MAGDALENA                                                | 1.072  | 1.148  | 1.424   | 1.305  | 1.351   | 1.328  | 1.411   | 1.225  | 1.431   | 1.351  | 1.253   | 1.228  | 15.527           | 1.348.781                                      | 11,51             |
| BOLÍVAR                                                  | 1.863  | 1.882  | 2.143   | 1.935  | 1.961   | 2.223  | 2.285   | 2.119  | 2.021   | 2.087  | 2.003   | 2.089  | 24.611           | 2.249.056                                      | 10,94             |
| PUTUMAYO                                                 | 140    | 175    | 250     | 206    | 267     | 336    | 231     | 188    | 197     | 189    | 176     | 177    | 2.532            | 233.868                                        | 10,83             |
| NARIÑO                                                   | 740    | 979    | 1.245   | 1.135  | 1.371   | 1.229  | 1.231   | 1.158  | 1.098   | 1.073  | 1.227   | 1.021  | 13.507           | 1.253.495                                      | 10,78             |
| CÓRDOBA                                                  | 1.138  | 1.252  | 1.422   | 1.235  | 1.390   | 1.445  | 1.666   | 1.565  | 1.648   | 1.712  | 1.738   | 1.523  | 17.734           | 1.664.517                                      | 10,65             |
| LA GUAJIRA                                               | 316    | 398    | 432     | 439    | 464     | 493    | 546     | 512    | 495     | 513    | 730     | 635    | 5.973            | 564.973                                        | 10,57             |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 48     | 52     | 59      | 57     | 56      | 43     | 70      | 48     | 47      | 55     | 66      | 46     | 647              | 61.861                                         | 10,46             |
| CHOCÓ                                                    | 253    | 282    | 346     | 318    | 397     | 434    | 439     | 404    | 423     | 408    | 348     | 319    | 4.371            | 431.767                                        | 10,12             |
| VICHADA                                                  | 15     | 22     | 29      | 20     | 32      | 37     | 16      | 33     | 36      | 23     | 31      | 20     | 314              | 38.700                                         | 8,11              |
| CAQUETÁ                                                  | 165    | 202    | 223     | 210    | 225     | 235    | 269     | 288    | 297     | 317    | 287     | 289    | 3.007            | 404.307                                        | 7,44              |
| VAUPÉS                                                   | 16     | 19     | 11      | 6      | 12      | 16     | 12      | 14     | 10      | 8      | 6       | 9      | 139              | 26.149                                         | 5,32              |
| TOTAL                                                    | 80.816 | 86.228 | 101.429 | 88.795 | 102.028 | 97.540 | 105.640 | 99.401 | 102.871 | 96.729 | 100.143 | 87.787 | 1.149.407        | 47.363.307                                     | TASA DPTO = 24,27 |

En el análisis de las causas más relevantes, se encuentran como macro motivos: la restricción en el acceso a los servicios de salud (83,6%); insatisfacción con el proceso administrativo (6,6%) y deficiencias en la efectividad de la atención en salud (6,3%).

| PQRD POR MACROMOTIVO                                                                                                 |        |        |         |        |         |         |         |         |         |         |         |        |                 |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-----------------|-----------------|
| MACROMOTIVOS                                                                                                         | ENE    | FEB    | MAR     | ABR    | MAY     | JUN     | JUL     | AGO     | SEP     | OCT     | NOV     | DIC    | TOTAL AÑO 2.022 | % PARTICIPACIÓN |
| RESTRICCIÓN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD                                                                    | 71.879 | 76.562 | 91.408  | 80.253 | 92.629  | 88.599  | 95.276  | 88.856  | 91.543  | 86.542  | 95.206  | 83.910 | 1.042.663       | 83,6%           |
| INSATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL PROCESO ADMINISTRATIVO                                                             | 6.500  | 7.485  | 7.776   | 6.555  | 7.375   | 6.743   | 7.761   | 8.123   | 8.263   | 7.517   | 4.994   | 3.788  | 82.880          | 6,6%            |
| DEFICIENCIA EN LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD                                                                | 6.504  | 6.513  | 7.170   | 6.144  | 7.083   | 7.161   | 7.961   | 7.658   | 8.064   | 7.692   | 3.500   | 2.818  | 78.268          | 6,3%            |
| NO RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS                                                                     | 2.541  | 2.370  | 3.181   | 2.908  | 3.148   | 2.832   | 3.368   | 3.295   | 3.487   | 3.353   | 4.947   | 4.502  | 39.932          | 3,2%            |
| FALTA DE DISPONIBILIDAD O INAPROPIADO MANEJO DEL RECURSO HUMANO Y FÍSICO PARA LA ATENCIÓN                            | 122    | 163    | 139     | 145    | 183     | 178     | 207     | 137     | 123     | 124     | 117     | 96     | 1.734           | 0,1%            |
| PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS INTERPUESTOS POR IPS-EPS, ENTIDADES TERRITORIALES Y ORGANISMOS DE CONTROL Y VIGILANCIA | 165    | 209    | 180     | 156    | 149     | 107     | 125     | 126     | 98      | 112     | 99      | 134    | 1.660           | 0,1%            |
| TOTAL                                                                                                                | 87.711 | 93.302 | 109.854 | 96.161 | 110.567 | 105.620 | 114.698 | 108.195 | 111.578 | 105.340 | 108.863 | 95.248 | 1.247.137       | 100,0%          |

Para el régimen subsidiado, se identifica que la EPS con mayor tasa de PQRD, corresponde a Capital Salud (35), con 41.340 PQRD interpuestas en el 2022.

| PQRD POR EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO                           |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                |                                                |                      |
|-----------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|------------------------------------------------|----------------------|
| CÁLCULO DE TASA CON EL NÚMERO DE AFILIADOS DEL ÚLTIMO MES |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |                |                                                |                      |
| EPS                                                       | ENE    | FEB    | MAR    | ABR    | MAY    | JUN    | JUL    | AGO    | SEP    | OCT    | NOV    | DIC    | TOTAL AÑO 2.02 | *PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO DICIEMBRE 2022 | TASA AÑO CORRIDO     |
| CAPITAL SALUD                                             | 2.888  | 3.372  | 4.106  | 3.230  | 3.673  | 3.366  | 3.979  | 3.874  | 3.586  | 3.182  | 3.306  | 2.778  | 41.340         | 1.181.164                                      | 35,00                |
| EMSSANAR                                                  | 3.604  | 4.133  | 5.485  | 4.879  | 5.380  | 5.064  | 4.709  | 4.204  | 4.948  | 3.965  | 3851   | 3522   | 53.744         | 1.937.795                                      | 27,73                |
| ECOPOS                                                    | 392    | 485    | 577    | 445    | 554    | 511    | 758    | 927    | 1.311  | 1.339  | 1.297  | 1.525  | 10.121         | 353.309                                        | 28,65                |
| SAVIA SALUD EPS                                           | 2.400  | 2.595  | 3.145  | 2.556  | 2.956  | 2.895  | 3.361  | 2.976  | 2.893  | 2.995  | 3.404  | 3.506  | 35.682         | 1.662.716                                      | 21,46                |
| CAPRESOCA                                                 | 130    | 143    | 218    | 172    | 139    | 200    | 232    | 278    | 330    | 235    | 302    | 227    | 2.606          | 175.973                                        | 14,81                |
| CAJACUPI EPS                                              | 1.168  | 1.466  | 1.677  | 1.648  | 1.519  | 1.512  | 2.068  | 2.133  | 2.401  | 2.354  | 2.226  | 2.100  | 22.272         | 1.461.067                                      | 15,24                |
| ASMET SALUD                                               | 1.835  | 1.990  | 2.209  | 1.816  | 2.091  | 2.293  | 2.663  | 2.594  | 2.840  | 2.804  | 2.979  | 2.858  | 28.972         | 1.981.824                                      | 14,62                |
| COOSALUD                                                  | 2.767  | 3.309  | 4.022  | 3.528  | 4.026  | 3.707  | 4.045  | 3.636  | 3.875  | 3.725  | 3766   | 3375   | 43.781         | 3.210.744                                      | 13,64                |
| NUOVA EPS                                                 | 2.829  | 3.275  | 3.981  | 3.731  | 4.337  | 4.564  | 4.685  | 4.553  | 5.077  | 5.176  | 5667   | 4820   | 52.695         | 3.624.548                                      | 14,54                |
| CCF DE SUCRE Y/O FAMILIAR DE COLOMBIA                     | 77     | 104    | 144    | 106    | 130    | 139    | 124    | 128    | 129    | 105    | 188    | 188    | 1.562          | 135.002                                        | 11,57                |
| CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"                                | 92     | 149    | 153    | 97     | 128    | 123    | 138    | 127    | 200    | 164    | 213    | 191    | 1.775          | 227.962                                        | 7,79                 |
| MUTUAL SER                                                | 705    | 903    | 1.168  | 1.109  | 1.186  | 1.272  | 1.383  | 1.250  | 1.307  | 1.281  | 1337   | 1187   | 14.088         | 2.424.907                                      | 5,81                 |
| CCF CHOCÓ "COMFACHOCÓ"                                    | 39     | 49     | 64     | 68     | 74     | 109    | 139    | 72     | 95     | 102    | 73     | 74     | 958            | 176.182                                        | 5,44                 |
| **CCF DE LA GUAJIRA                                       | 46     | 66     | 99     | 108    | 88     | 112    | 115    | 115    | 94     | 103    | 219    | 0      | 1.165          | 222.128                                        | 0,00                 |
| **CONVIDA                                                 | 888    | 988    | 1.110  | 933    | 974    | 957    | 1.098  | 889    | 1.210  | 0      | 0      | 0      | 9.047          | 322.932                                        | 0,00                 |
| **CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"                           | 803    | 855    | 965    | 837    | 1.122  | 1.189  | 1.298  | 1.696  | 145    | 0      | 0      | 0      | 8.910          | 362.881                                        | 0,00                 |
| **MEDIMÁS                                                 | 1.672  | 1.934  | 1.245  | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 4.851          | 105.377                                        | 0,00                 |
| TOTAL                                                     | 22.335 | 25.816 | 30.368 | 25.263 | 28.377 | 28.013 | 30.795 | 29.452 | 30.441 | 27.530 | 28.828 | 26.351 | 333.569        | 19.566.511                                     | TASA REGIMEN = 17,05 |

\*NO SE CALCULA TASA PARA EPS LIQUIDADAS

\*PQRD: SE EXCLUYEN LAS PQRD DE LAS EPS INDÍGENAS

\* PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO: TOTAL PROMEDIO AFILIADOS DEL AÑO CORRIDO EN MENCIÓN, EN ESTADO ACTIVO, ACTIVO POR EMERGENCIA, PROTECCIÓN LABORAL, SUSPENDIDO, SUSPENDIDO POR DOCUMENTO Y SUSPENDIDO POR MORA QUE SE ENCUENTRAN EN LA BASE DE SISPRO.

\* TASA: NÚMERO DE QUEJAS POR CADA 1.000 AFILIADOS SE CALCULA:  $\frac{PQRD}{PROMEDIO AFILIADOS AÑO CORRIDO POR 1.000}$

Teniendo en cuenta lo anterior, y considerando que aún en Colombia no se cuenta con una Política Nacional de Humanización en Salud aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se requiere que en el Distrito Capital, de forma proactiva fomente una política de humanización en la atención en salud y reconozca el día Distrital de la humanización en salud, con el fin de que se propicie una cultura de la humanización en los servicios de salud centrada en las personas, que garantice una atención digna, de respeto hacia el usuario y a su privacidad, pertinente, ética y segura, sin discriminación y con

predominio de un enfoque diferencial, que contribuya al goce efectivo del Derecho a la Salud, mejore la experiencia de las personas en el sector salud de Bogotá y dé respuesta efectiva a las necesidades de las personas.

### 3.3 El Derecho a la Salud

Para la Organización Mundial de la Salud, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades es importante para la construcción de sociedades prósperas. Esta Organización, ha establecido que el acceso a la salud y el bienestar es un derecho humano, y esta es la razón por la que la Agenda para el Desarrollo Sostenible ofrece una nueva oportunidad de garantizar que todas las personas, no solo las de mayor poder adquisitivo, puedan acceder a los más altos niveles de salud y asistencia sanitaria. Es así como, en los objetivos de desarrollo sostenible para mejorar el mundo por parte de la OMS, se ha establecido que garantizar una vida sana para todos exige un compromiso firme, ya que las personas sanas son la base de las economías saludables.

Adicionalmente, esta organización ha manifestado que *“el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.”* Es así como se ha establecido que la discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales.<sup>35</sup>

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones

---

<sup>35</sup> **Salud y Derechos Humanos**, Violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud, OMS 2017. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente>.

de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.<sup>36</sup>

Por su parte la Corte Constitucional Colombiana ha establecido:

*“el servicio público de salud, consagrado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha sido desarrollado jurisprudencial y legislativamente, delimitando y depurando tanto el contenido del derecho, como su ámbito de protección ante la justicia constitucional. En estos términos, esta Corte al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, se ha referido a dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. En cuanto a la salud como derecho fundamental, este debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.”*<sup>37</sup>

Adicionalmente, la sentencia T-001/18 establece el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la *facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser*, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la persona y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es

---

<sup>36</sup> Ibidem

<sup>37</sup> Sentencia T-012 de 2020. Corte Constitucional, M.P. Diana Fajardo Rivera

*un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.*  
(subrayado fuera de texto).

#### **4. SUSTENTO JURÍDICO**

##### **4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

Artículo 1. Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de Republica 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 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 79: hace referencia al derecho de todas las personas a gozar de un ambiente sano, para lo cual la ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla.

Artículo 366: el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado, será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Acto Legislativo 02 de 2009, consagra el derecho a la salud y establece que “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

## **4.2. OTRAS NORMAS**

**4.2.1.** Resolución 13437 de 1991 Adopta como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes garantizando el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, a través del decálogo de los deberes y derechos como la conformación del comité ética hospitalaria

**4.2.2** Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”, con principios de igualdad, enfoque diferencial y calidad mediante una atención humanizada

**4.2.3.** 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,

cuyas acciones se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario....

**4.2.4** Ley 1122 de 2007 Que realiza 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.

**4.2.5.** Resolución 4343 de 2012 Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y paciente en el Sistema General de Seguridad en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

**4.2.6** Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 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 brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo. Define como principio la Calidad, indicando que 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.

**4.2.6** Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud, tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Define la garantía del derecho fundamental a la salud **como elemento esencial de la humanización reconociendo y garantizando la dignidad humana**

**4.2.8.** Resolución 0256 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, donde se incorporan entre otros los de seguridad y **experiencia de la atención.**

**4.2.9** Resolución 429 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social definió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo general es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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”

**4.2.10** Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y protección Social, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud; y en su artículo 2 fija como Ejes trazadores en el Sistema único de Acreditación, entre otros, la Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades, y la Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano,

**4.2.11** Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, definió el Sistema Único de Acreditación en Salud y establece estándares de calidad específicos para la humanización de los servicios de salud.

**4.2.12** Resolución 3100 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

**4.2.13** Resolución 2626 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social Por el cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.

**4.2.14.** Resolución 229 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social, Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes, Contributivo y Subsidiado.

**4.3.15** Circular 046 de 2022, Secretaría Distrital de Salud. Fortalecimiento de la atención humanizada centrada en la persona, en los servicios de Salud del Distrito Capital.

**4.3.16. ACUERDO 927 DE 2024:** Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”

Artículo 10. Programas del objetivo estratégico “Bogotá confía en su Bien-Estar”. Adóptense los siguientes programas del objetivo:

10.5. Programa 11. Salud con calidad y en el territorio. El programa desarrolla un modelo que busca la equidad y universalidad de la salud, con sostenibilidad y soportado en los conceptos de determinantes sociales de la salud, atención integral e integrada y participación social incidente. Se busca identificar y priorizar las desigualdades evitables en salud, para orientar la intervención de las políticas hacia la superación de las inequidades, con el propósito de abordar los determinantes sociales de la salud, lo cual significará que la salud vaya más allá de la atención médica tradicional, involucrando conocimientos y prácticas propias de medicina ancestral y partería de las comunidades étnicas u otras formas de proteger y cuidar la vida. En el marco de la atención prioritaria en salud, se abordarán de manera intersectorial y transectorial la promoción de la salud, la prevención

de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, para garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Así mismo, se fortalecerán la atención integrada e interdependiente, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Así mismo, se buscará reducir las barreras geográficas para que las personas puedan acceder a servicios sociales que mejoren su bienestar y calidad de vida; es decir, su salud. Se hará énfasis en el sistema de cuidados y servicios sociales de Bogotá, que tiene el objetivo de promover la integración territorial, con acciones que, además de optimizar el uso del suelo, basado en estudios de suficiencia aseguren tanto una oferta accesible, asequible, diferencial y próxima de infraestructura y equipamientos como una mayor y mejor cobertura de servicios de cuidado y sociales. Por otra parte, se van a incluir mecanismos de articulación entre la oferta pública y privada que permita la gestión de conocimiento, la gestión integral del riesgo en salud pública y la definición de un modelo de urgencias territorializado, así como la gestión y desarrollo del talento humano de salud, (incluyendo el cuidado de su salud mental) y la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de forma oportuna, continua, pertinente, humanizada, especializada, resolutive e integral para las y los habitantes y comunidad de Bogotá D. C. De forma complementaria, se contará con las condiciones y los requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres, con la finalidad de que exista una adecuada y oportuna regulación de las urgencias y coordinación para la atención de emergencias o desastres, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD).

## **5. COMPETENCIA DEL CONCEJO.**

### **5.1. Constitución Política:**

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:

2. Ejercer las competencias que les correspondan.

Artículo 313. Corresponde a los Concejos:

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

### **5.2. Decreto ley 1421 de 1993:**

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

2. 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 presente proyecto de acuerdo no tiene impacto fiscal, toda vez que su implementación no demanda recursos adicionales en los cuales deba recurrir el Distrito Capital, atendiendo lo preceptuado en el artículo 7 de la ley 819 de 2003.

**EDWARD A. ARIAS RUBIO**

Autor

**PROYECTO DE ACUERDO NO 311 DE 2025****PRIMER DEBATE**

***“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO Y FOMENTO DE UNA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL, SE RECONOCE EL DÍA DISTRITAL DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.***

El Concejo de Bogotá en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial, las conferidas el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

**A C U E R D A**

**ARTÍCULO 1º - OBJETO.** El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto establecer lineamientos para el fortalecimiento y fomento de una política de humanización en la atención en salud en el Distrito Capital, y se reconoce el día Distrital de humanización, con el fin de que se propicie una cultura de la humanización de los servicios de salud, centrada en las personas, que garantice una atención digna, de respeto hacia el usuario y a su privacidad, pertinente, ética y segura, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial, que contribuya al goce efectivo del Derecho a la Salud, mejore la experiencia de las personas en el sector salud de Bogotá y dé respuesta efectiva a las necesidades de las personas.

**ARTÍCULO 2º- ESTRATEGIA.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud (SDS), realizará la formulación, implementación y evaluación de la Política Distrital de humanización de los servicios de Salud, que involucre a todos los niveles de la

asistencia sanitaria y fortalezca la calidad de la atención sanitaria, que contemple entre otros lineamientos, los siguientes:

- La asistencia técnica por la SDS, para la formulación de programas y planes institucionales de humanización en salud que involucre a todos los niveles de asistencia sanitaria Distrital.
- El Respeto por los derechos de los pacientes, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial, que mejore la experiencia de las personas en el sector salud de Bogotá y dé respuesta efectiva a las necesidades de las personas
- La capacitación al equipo de salud asistencial y administrativo, en torno a la humanización de servicios de salud para las EAPB, prestadores y demás implicados en los procesos de atención en salud, en el Distrito Capital.
- La cultura de la humanización en los servicios de salud centrada en las personas, promoviendo, no sólo cambios regulatorios, sino en actitudes, aptitudes, habilidades y competencias de todos los implicados en la asistencia sanitaria.
- La atención en salud digna, con ética a los pacientes y centrada en la persona, garantizando el acceso, la oportunidad, reducción de tiempos de espera, privacidad, derecho a la intimidad.
- Estrategias de cuidado acorde al ciclo de vida y manejo de patologías específicas
- Estrategias de Humanización en la salud mental
- Diseño de Ambientes físicos humanizados y seguros
- Difusión de Experiencias exitosas de Humanización en el Distrito Capital

- Alianzas estratégicas de los implicados en la asistencia sanitaria para propiciar una atención humanizada integral.
- La participación de los pacientes y sus familias en el desarrollo de las estrategias de humanización

En coordinación con la Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte, realizará actividades culturales y deportivas, que tengan como finalidad fomentar la difusión de los derechos y deberes del paciente y la cultura de humanización en el Distrito Capital.

A fin de identificar los avances, el Observatorio de Bogotá-Salud Data, recopilará, analizará y difundirá información de la humanización de los servicios de salud en el Distrito capital, y las buenas prácticas implementadas, que permitan mejorar la experiencia de las personas que consultan los servicios de Salud en Bogotá.

**ARTÍCULO 3º. RECONOCER EL 12 DE DICIEMBRE COMO DÍA DISTRITAL DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** Fecha en la cual cada año La Administración Distrital en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud, realizará actividades para fortalecer la sensibilización de la humanización de los servicios de Salud.

Se escoge esta fecha, en la que también se reconoce el día de la Salud Universal<sup>38</sup>, designado por las Naciones Unidas, que marca el aniversario del respaldo unánime de la cobertura sanitaria universal (CSU) (Salud universal, para la región de las Américas) en el 2012 como una prioridad esencial para el desarrollo internacional.

**ARTÍCULO 4º. VIGENCIA.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

---

<sup>38</sup> <https://www.paho.org/es/campanas/dia-salud-universal-2022>

**PROYECTO DE ACUERDO NO 312 DE 2025**

**PRIMER DEBATE**

***POR MEDIO DEL CUAL SE INCORPORA EL MONITOREO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL OBSERVATORIO DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES***

**1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto incorporar el monitoreo de la Seguridad del paciente en el Observatorio de salud del Distrito Capital, con el fin de que se recopile, analice y difunda la información relacionada con los eventos de seguridad del paciente, las buenas prácticas implementadas y las lecciones aprendidas, que permitan promover estrategias para minimizar el riesgo en los procesos de atención en salud y los costos de atención en salud.

**2. ANTECEDENTES**

| PROYECTO                                                                                                                                                                 | TRÁMITE                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 324 de 2023 “Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones” | No fue sorteado<br>Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022 |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 378 de 2023 "Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"  | Tramitado en la comisión segunda permanente de gobierno. Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencia positiva del Concejal Diego Cancino y ponencia negativa del Concejal Fabian Puentes Sierra. |
| 062 de 2024. "Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones" | Tramitado en la comisión segunda permanente de gobierno. Archivado en virtud del art. 17 del acuerdo 837 de 2022.<br><br>Ponencia positiva con modificaciones de los Concejales Juan Manuel Oviedo Arango y Oscar Bastidas    |
| 207 de 2024. "Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito"                                         | Se solicita desarchivo del P.A 062 de 2024 tal y como lo establece el parágrafo del artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias                                                                |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capital y se dictan otras disposiciones"                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                |
| 505 de 2024. "Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones" | Se solicita desarchivo del P.A 207 de 2024 tal y como lo establece el parágrafo del artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias |
| 639 de 2024. "Por medio del cual se incorpora el monitoreo de la seguridad del paciente en el observatorio de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones" | Se solicita desarchivo del P.A 505 de 2024 tal y como lo establece el parágrafo del artículo 79 del Reglamento interno, los ponentes ratificaron las ponencias |

3.JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

3.1. Importancia de la Seguridad del Paciente en la atención sanitaria

**La Organización Mundial de Salud (OMS)** <sup>39</sup> define que el fin de *"la calidad de la asistencia sanitaria, es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria*

<sup>39</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20calidad%3F,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios> .

*óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio clínico, y **lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos** y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".*

En Colombia la seguridad del paciente es una de las características del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud, establecido en el Decreto 1011 de 2006<sup>40</sup> y la define como “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**. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”<sup>41</sup>.

Según la Organización de la Salud OMS<sup>42</sup>, “los daños a los pacientes generan una carga muy alta para todos los sistemas de salud del mundo. Cada año, un número inadmisiblemente de pacientes sufren traumatismos o mueren debido a prácticas de atención inseguras o deficientes. La mayor parte de esos traumatismos son evitables. La carga derivada de la atención poco segura pone de relieve la magnitud y el alcance del problema.

- Es probable que los daños ocasionados a pacientes por eventos adversos sean una de las 10 principales causas de defunción y discapacidad en todo el mundo.
- La mayoría de esas defunciones y lesiones son evitables.

<sup>40</sup> [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

<sup>41</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

<sup>42</sup> [https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_2)

- Por lo general se notifica que aproximadamente unos de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños prevenibles en al menos el 50% de los casos.
- Alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos debidos a la atención poco segura, así como los años perdidos por discapacidad y defunción, se registran en países de ingresos bajos y medianos.

Se estima que el costo de los daños asociados a las defunciones o la discapacidad permanente, que conlleva la pérdida de capacidad y productividad de los pacientes y familias afectados, asciende cada año a billones de dólares estadounidenses"

La atención sanitaria no está exenta de riesgos<sup>43</sup>. Cuando se produce un incidente para la seguridad de los pacientes, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño (casi error), los pacientes sufren física y emocionalmente el impacto del incidente; pero también los profesionales sienten miedo, dudas acerca de su capacidad para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad a consecuencia de estos incidentes. Es un sufrimiento distinto al del paciente, pero es un impacto negativo que incapacita, que aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes, que invita a una medicina defensiva que, en conjunto, tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.

La OCDE <sup>44</sup> en su informe "THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY IN PRIMARY AND AMBULATORY CARE" indica que el **gasto económico de los errores de seguridad**

---

<sup>43</sup> J. Mira, S. Lorenzo, Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. Revista calidad asistencial. Vol. 31. Núm. 52, páginas1-2, 2016. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-las-segundas-victimas-los-incidentes-S1134282X1630032X>

<sup>44</sup> <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

**es alto.** Los estudios disponibles estiman que los costes directos de los daños (las pruebas adicionales, los tratamientos y la atención sanitaria) en la atención primaria y ambulatoria se sitúan alrededor del 2,5% del gasto total en salud; pese a que, probablemente, esta aproximación subestima las cifras reales. Cada año, las lesiones generadas por errores de seguridad resultan en un 6% de días de estancia hospitalaria y en más de 7 millones de ingresos en los países de la OCDE. Esto, sumado al 15% de curas intensivas por daños originados durante la hospitalización. Como estrategias plantea que hay que fortalecer la gestión y vigilancia con regulaciones de seguridad unificadas a nivel nacional, vinculadas a la acreditación de los proveedores de salud, infraestructuras y organizaciones.... e implicar a los pacientes.

Para abordar esta problemática, en Colombia en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud (estándares superiores de calidad), introdujo la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente, el componente de los requisitos mínimos de calidad-Habilitación en salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, procesos prioritarios y 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias (Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social).

De ahí, que resulta sumamente importante recopilar, analizar y difundir la información relacionada con los eventos de seguridad del paciente en el Distrito

Capital, las buenas prácticas implementadas y las lecciones aprendidas, que permita promover estrategias para minimizar el riesgo en los procesos de atención en salud.

### **3.2. Panorama de los eventos adversos en la atención sanitaria:**

El reporte “Error es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos impulsó el movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles<sup>45</sup>

Según la OMS<sup>46</sup> En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria

- El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles
- Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- Se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte (conocidos como años de vida ajustados en función de la discapacidad, o AVAD) se producen en países de ingresos bajos y medios
- A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden

<sup>45</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

<sup>46</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.

- En los países de la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalarios es un resultado directo de eventos adversos.
- Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes. Un ejemplo de prevención es involucrar a los pacientes, lo cual, si se hace bien, puede reducir la carga de los daños hasta en un 15%

Las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente, según los estudios referenciados por la OMS<sup>47</sup> son:

- Los **errores de medicación** que son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales
- Las **infecciones relacionadas con la atención sanitaria** afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente.
- Los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella.
- Las **prácticas de inyección poco seguras** en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios. Representan una carga de daños estimada en 9,2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo.
- Los **errores diagnósticos** afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida.
- Las **prácticas de transfusión poco seguras** exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones. Los

<sup>47</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

datos sobre reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8,7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidas

- Los **errores de irradiación** abarcan los casos de sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada. Según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia general de errores es de aproximadamente 15 por cada 10000 ciclos de tratamiento.
- A menudo, la **septicemia** no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente. Como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas en todo el mundo, de las que más de 5 millones fallecen.
- Las **tromboembolias venosas** son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios.

El estudio IBEAS realizado en 5 países de Latinoamérica <sup>48</sup> (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. En Colombia el estudio mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento.

De igual forma en el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, realizado en 4 países de Latinoamérica (México, Colombia, Perú y Brasil, se identificó una prevalencia de eventos adversos del 5.6%, siendo el 50% prevenibles, donde el 73.3% de ellos estuvo relacionado con la medicación<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> [https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)

<sup>49</sup> <https://studylib.es/doc/4544720/resultados-estudio-ambeas>

### 3.3. Observatorios de Calidad y Seguridad del paciente

A nivel mundial se han establecido observatorios de calidad en salud que realizan monitoreo de indicadores, para la toma de decisiones que mejoren entre otros la Seguridad del Paciente.

El Plan de calidad Español contempla un observatorio, que monitorea la seguridad del paciente e incorpora buenas prácticas <sup>50</sup>, también cuenta con observatorios de Seguridad en varias de sus comunidades como en Andalucía<sup>51</sup> como difusor de buenas prácticas, además el Observatorio de la Atención al Paciente en España que promueve el conocimiento entorno a la situación actual de los pacientes en este País y contribuye a generar un cambio efectivo en la gestión de la cronicidad.

52

En otros países como Argentina (Instituto de Investigaciones Epidemiológicas); Australia (Australian Council for Safety and Quality in Health Care); Canadá (Canadian Institute for Health Information ); Estados Unidos (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations; Institute for safe medication practices; Francia (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé y Chile, entre otros, se cuenta con Agencias y Observatorios que monitorean la Seguridad del paciente, e impulsan la implementación de buenas prácticas para

<sup>50</sup> <https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ocde/>

<sup>51</sup> [https://superdesalud.gov.cl/observatorio/671/articles-10236\\_4\\_Antonio\\_Torres\\_Olivera.pdf](https://superdesalud.gov.cl/observatorio/671/articles-10236_4_Antonio_Torres_Olivera.pdf)

<sup>52</sup> <https://www.plataformadepacientes.org/observatorio-de-la-atencion-al-paciente>

la minimización de riesgos para los pacientes y propenden por la contención de costos<sup>53</sup>.

**Colombia cuenta con un Observatorio Nacional de Calidad en Salud<sup>54</sup>**, el cual, es un sistema inteligente que estructura, organiza y dispone la información sobre la calidad de la atención en salud a la población colombiana, así mismo, brinda un conjunto de herramientas que facilitan la difusión, la estandarización de indicadores y la disponibilidad de canales de acceso para el seguimiento y evaluación del sistema de salud en términos de los atributos de calidad, humanización y resultados en salud de los diferentes agentes del sector, **para contribuir con la orientación de estrategias para institucionalizar la cultura del mejoramiento de calidad, la humanización en salud y la seguridad del paciente**, que impacten verdaderamente en mejorar la experiencia en salud de la población del nuestro país.

El observatorio entre otros tiene la finalidad de:

---

<sup>53</sup> <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/> ; <http://www.safetyandquality.org>  
<http://secure.cihi.ca/cihiweb/>  
<http://www.jcaho.org>  
<http://www.ismp.org>  
<http://www.patientsafety.gov/>  
<http://www.anaes.fr>

<sup>54</sup> <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/quienes-somos.aspx>

- Gestionar la información en conocimiento e indicadores de calidad en la atención en salud que permitan comprender las condiciones y contexto en salud.
- Impulsar la intersectorialidad, articulación y colaboración entre actores, para la administración e integración de fuentes al Sistema de Información en Salud, con datos que permitan realizar seguimiento a la calidad en salud.
- Realizar el monitoreo permanente en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias.
- Seguir el comportamiento de la salud y en general la efectividad de la misma, para disponer al Sector de la Salud, insumos que permitan orientar políticas encaminadas a reducir los principales problemas de salud pública de forma íntegra, humana, segura, oportuna y equitativa.
- Desarrollar e implementar modelos predictivos y de alertas tempranas teniendo en cuenta el comportamiento y evolución de las condiciones de calidad en la atención en salud.
- Difundir y comunicar la evidencia sobre evaluación de actores en salud y sistemas de calidad, generada de forma eficiente, para que oriente políticas públicas en una implementación sistemática y efectiva de la calidad, humanización y seguridad en los diferentes niveles de acción de la salud pública.
- Promover la producción de conocimiento sobre la calidad en la atención en salud a partir de la conformación de redes de expertos soportadas en las tecnologías de la comunicación y la información.

- Poner a disposición de los diferentes agentes del Sector Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud.

Dentro de las líneas temáticas del Observatorio Nacional de Calidad en Salud se incluye como uno de sus componentes la Seguridad del paciente.

Figura 2. Líneas temáticas Observatorio Nacional de Calidad en Salud  
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>



### 3.4. Observatorio de Bogotá- Salud Data<sup>55</sup>

<sup>55</sup> <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/nosotros/>

Es un espacio web de información abierta, acerca de la situación en salud de Bogotá D.C. y sus determinantes, que le permite a la ciudadanía interactuar y conocer información, recursos y servicios, que le proporcionan evidencia para la apropiación de conductas saludables en la comunidad.

Dentro de los objetivos específicos del Observatorio se encuentran:

- Recopilar, analizar y difundir información en salud y sus determinantes.
- Generar canales de comunicación de doble vía entre la ciudadanía y la administración pública, para fomentar los espacios de escucha y participación ciudadana en la promoción y fomento de la salud.
- Promover la apropiación social del conocimiento sobre la ciudad como espacio vital e incentivar prácticas saludables dando a conocer los factores de riesgo que inciden en la salud de los ciudadanos y comunidades.
- Fomentar la participación ciudadana en la adopción de prácticas saludables, identificación y formulación de soluciones a las problemáticas en los servicios salud.
- Fortalecer la relación entre la administración pública y la ciudadanía a través de un entorno confiable que promueva la transparencia y el control social, mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones

Y las funciones son:

1. Ser un instrumento permanente de consolidación, análisis y difusión de información y conocimiento.
2. Generar información comprensible, acertada, oportuna y medible para distintos públicos objetivo.
3. Comunicar, publicar e informar el análisis de los datos, investigaciones y experiencias en salud.
4. Apoyar la toma de decisiones con propuestas basadas en análisis de la información en salud.
5. Contribuir a la formulación de estudios e investigaciones en salud.
6. Monitorear la política pública en salud.

En la figura 1 se presentan los componentes de los Datos de Salud del Observatorio de Bogotá, en el cual no se monitorea en forma directa la Seguridad del Paciente, aun cuando es

Figura 1: Componentes del observatorio de Salud- Salud Data

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



## Datos de Salud



### 3.5 El Derecho a la Salud

Para la Organización Mundial de la Salud, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades es importante para la construcción de sociedades prósperas. Esta Organización, ha establecido que el acceso a la salud y el bienestar es un derecho humano, y esta es la razón por la que la Agenda para el Desarrollo Sostenible ofrece una nueva oportunidad de garantizar que todas las personas, no solo las de mayor poder adquisitivo, puedan acceder a los más altos niveles de salud y asistencia sanitaria. Es así como, en los objetivos de desarrollo sostenible para mejorar el mundo por parte de la OMS, se ha establecido que

garantizar una vida sana para todos exige un compromiso firme, ya que las personas sanas son la base de las economías saludables.

Adicionalmente, esta organización ha manifestado que *“el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.”* Es así como se ha establecido que la discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales.<sup>56</sup>

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.<sup>57</sup>

Por su parte la Corte Constitucional Colombiana ha establecido:

*“el servicio público de salud, consagrado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha sido desarrollado jurisprudencial y legislativamente, delimitando y depurando tanto el contenido del derecho, como su ámbito de protección ante la justicia constitucional. En estos términos, esta Corte al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, se ha referido a dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. En cuanto a la salud como derecho fundamental, este debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento*

---

<sup>56</sup> **Salud y Derechos Humanos**, Violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud, OMS 2017. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

<sup>57</sup> Ibidem

*en los principios de continuidad e integralidad; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.<sup>58</sup>*

Adicionalmente, la sentencia T-001/18 establece el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como *la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser", y garantizándolo bajo condiciones de "oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad"*. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la persona y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales. (subrayado fuera de texto).

## **4. SUSTENTO JURÍDICO**

### **4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

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

---

<sup>58</sup> Sentencia T-012 de 2020. Corte Constitucional, M.P. Diana Fajardo Rivera

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

Artículo 79: hace referencia al derecho de todas las personas a gozar de un ambiente sano, para lo cual la ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla.

Artículo 366: el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado, será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Acto Legislativo 02 de 2009, consagra el derecho a la salud y establece que “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

## **4.2. OTRAS NORMAS**

**4.2.1.** Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones" **en sus artículos 186 y 227** establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud

**4.2.2.** Resolución 5261 de 1994: Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS

**4.2.3.** 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 y en su artículo 3 define la Seguridad como una característica de la Calidad.

**4.2.4** Ley 1122 de 2007 introdujo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que además se ocupó del equilibrio entre los actores del sistema, la financiación, la inspección, vigilancia y control y la organización de redes para la prestación de servicios de salud. Obliga al Ministerio de Salud y Protección Social a definir el Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO–

**4.2.5.** Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 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 brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.

**4.2.6** Resolución 1281 de 2014 del Ministerio de Salud y protección Social, , que tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales –ROSS- al Observatorio Nacional de Salud ONS-INS, articulándolos al Sistema de información en Salud y Protección Social SISPRO

**4.2.7.** Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud, tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano.

**4.2.8.** Resolución 0256 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

**4.2.9** Resolución 429 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social definió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo general es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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”

**4.2.10** Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, definió el Sistema Único de Acreditación en Salud y se incorpora el Eje de Gestión Clínica Excelente y Segura, con estándares superiores en busca de la excelencia.

**4.2.11** Resolución 3100 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

**4.2.12** Resolución 2626 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social contempla los elementos constitutivos de la definición de la Política de Atención Integral en Salud expuestos en la Resolución 429 de 2016: garantía del derecho fundamental de la salud, un sistema centrado en el ciudadano, mejores condiciones de salud para la población, garantía de las intervenciones en salud, la coordinación intersectorial/ transectorial y la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud.

**4.2.13. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital “2024-2027 “Bogotá Camina Segura”**

10.4. Programa 10. Salud Pública Integrada e Integral.

10.5. Programa 11. Salud con calidad y en el territorio.

**5. COMPETENCIA DEL CONCEJO.**

5.1. Constitución Política:

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:

2. Ejercer las competencias que les correspondan.

Artículo 313. Corresponde a los Concejos:

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

5.2. Decreto ley 1421 de 1993:

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

3. 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 presente proyecto de acuerdo no tiene impacto fiscal, toda vez que su implementación no demanda recursos en los cuales deba recurrir el Distrito Capital, atendiendo lo preceptuado en el artículo 7 de la ley 819 de 2003.

Cordialmente

**EDWARD A. ARIAS RUBIO**  
Concejal de Bogotá

**PROYECTO DE ACUERDO NO 312 DE 2025****PRIMER DEBATE**

***“POR MEDIO DEL CUAL SE INCORPORA EL MONITOREO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL OBSERVATORIO DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.***

El Concejo de Bogotá en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial, las conferidas el numeral 1º del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

**A C U E R D A**

**ARTÍCULO 1º - OBJETO.** El presente Proyecto de Acuerdo tiene por objeto incorporar el monitoreo de la Seguridad del paciente en el Observatorio de salud del Distrito Capital, con el fin de que se recopile, analice y difunda la información relacionada con los eventos de seguridad del paciente, las buenas prácticas implementadas y las lecciones aprendidas, que permitan promover estrategias para minimizar el riesgo en los procesos de atención en salud y en los costos de atención en salud.

**ARTÍCULO 2º- ESTRATEGIA.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaria Distrital de Salud, realizará la incorporación del componente de la Seguridad del paciente en el Observatorio de Bogotá –Salud Data, con el fin de monitorear los eventos de seguridad (eventos adversos e incidentes), la cultura de seguridad, los

tipos de eventos de seguridad, el avance en la implementación de las buenas prácticas de seguridad, las lecciones aprendidas, la publicación de informes de seguridad del paciente, entre otros, que promuevan la minimización de riesgos en el proceso de atención en salud en los costos de la atención en salud

**ARTÍCULO 3º. VIGENCIA.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PROYECTO DE ACUERDO NO 313 DE 2025

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS PARA LA CREACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE PÚBLICO INDIVIDUAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. Objeto del Proyecto

Este proyecto tiene como objeto la creación e implementación de un protocolo de control de riesgo para la inseguridad y delincuencia donde se ven involucrados conductores de taxis y conductores de plataformas en Bogotá; con el fin que las empresas generen una herramienta que fortalezca la seguridad de los pasajeros, potencie la confianza en los medios de transportes públicos del Distrito y minimice la oportunidad de delinquir.

Esta propuesta centraliza la búsqueda improrrogable por establecer desplazamientos seguros para los usuarios de taxi o de plataformas en la Ciudad. Por tal motivo, se pretende con esta iniciativa dismantelar a aquellos actores delincuenciales, que usan como fachada empresas o vehículos de servicio público para cometer delitos contra los usuarios, estableciendo una herramienta de selección que permite realizar todo un análisis de seguridad a quienes deseen conducir taxi o vehículo de plataformas que ofrecen desplazamientos en el Distrito.

La seguridad de los usuarios del servicio de taxis en Bogotá es una preocupación creciente en la ciudad. Los actos delictivos contra los pasajeros no solo ponen en riesgo la integridad de las personas, sino que también afectan la confianza en un medio de transporte fundamental para la movilidad urbana. Este proyecto de acuerdo busca implementar medidas que fortalezcan la seguridad en el servicio de taxis y prevengan los actos delictivos, garantizando un entorno seguro para los ciudadanos.

2. Antecedentes

| Ponencia                                                                                                                                                                                                                                                                 | Estado                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| P.A. 286 DE 2023 “Por medio del cual se dictan lineamientos para promover la articulación y coordinación para la implementación e integración de las herramientas tecnológicas y/o medios de comunicación de las agremiaciones de taxismo con la secretaría distrital de | Ponencia Positiva de H.C. Diana Marcela Diago Guaqueta. |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| seguridad, convivencia y justicia, soportado en las capacidades tecnológicas dispuestas en el centro de comando, control comunicaciones y cómputo – c4”                       |                                                                                                                     |
| P.A 726 DE 2024 “Por medio del cual se promueve la profesionalización de la prestación del servicio de taxis en Bogotá”                                                       | Ponencia H.C Diana Marcela Diago Caquetá                                                                            |
| P.A 192 DE 2023” Por medio del cual se definen lineamientos en materia de prestación del servicio público de taxis”                                                           | Ponencia H.C Julián Espinosa Ortiz                                                                                  |
| P.A 475 de 2017 “Por medio del cual se establece la creación de una base de datos de las personas que se dedican al oficio de taxistas y del vehículo en el Distrito Capital” | Ponencia de acuerdo Bancada Cambio Radical                                                                          |
| P.A 349 de 2015 “Por medio del cual se establece la creación de una base de datos de las personas que se dedican al oficio de taxistas y del vehículo en el Distrito Capital” | Ponencia de Bancada del partido de la U. No fue sorteada y se archivó según el Artículo 80 del Acuerdo 348 de 2008. |

### 3. Sustento Jurídico

#### 3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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

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

**Artículo 82.** Es deber del Estado velar por la protección de la integridad del espacio público y por su destinación al uso común, el cual prevalece sobre el interés particular.

**Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

**Artículo 313.** Corresponde a los concejos:

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

### 3.2. ÁMBITO LEGAL

**Ley 105 de 1993: Artículo 2:** Principios Fundamentales.

**A. De la soberanía del pueblo:** La soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público. El pueblo la ejerce en forma directa por medio de sus representantes, en los términos que la Constitución establece. Corresponde al Estado garantizar la soberanía completa y exclusiva sobre el territorio, el espacio aéreo y el mar territorial.

**B. De la intervención del Estado:** Corresponde al Estado la planeación, el control, la regulación y la vigilancia del transporte y de las actividades a él vinculadas.

**C. De la libre circulación:** De conformidad con los artículos 24 y 100 de la Constitución Política, toda persona puede circular libremente por el territorio nacional, el espacio aéreo y el mar territorial, con las limitaciones que establezca la ley.

Por razones de interés público, el Gobierno Nacional podrá prohibir, condicionar o restringir el uso del espacio aéreo, la infraestructura del transporte terrestre de los ríos y del mar territorial y la navegación aérea sobre determinadas regiones y el transporte de determinadas cosas.

En caso de conflicto o insuficiencia de la infraestructura del transporte, el Estado preferirá el servicio público colectivo del servicio particular.

**D. De la integración nacional e internacional:** El transporte es elemento básico para la unidad Nacional y el desarrollo de todo el territorio colombiano y para la expansión de los intercambios internacionales del País.

**E. De la Seguridad:** La seguridad de las personas constituye una prioridad del Sistema y del Sector Transporte.

**Artículo 3: Principios del transporte público.** El transporte público es una industria encaminada a garantizar la movilización de personas o cosas por medio de vehículos apropiados a cada una de las infraestructuras del sector, en condiciones de libertad de acceso, calidad y seguridad de los usuarios sujeto a una contraprestación económica y se regirá por los siguientes principios:

**1. Del acceso al transporte:**

El cual implica:

- A. Que el usuario pueda transportarse a través del medio y modo que escoja en buenas condiciones de acceso, comodidad, calidad y seguridad.
- B. Que los usuarios sean informados sobre los medios y modos de transporte que le son ofrecidos y las formas de su utilización.
- C. Que las autoridades competentes diseñen y ejecuten políticas dirigidas a fomentar el uso de los medios de transporte, racionalizando los equipos apropiados de acuerdo con la demanda y propendiendo por el uso de medios de transporte masivo.
- D. Que, en el diseño de la infraestructura de transporte, así como en la provisión de los servicios de transporte público de pasajeros, las autoridades competentes promuevan el establecimiento de las condiciones para su uso por los discapacitados físicos, sensoriales y psíquicos.

**2. Del carácter de servicio público del transporte:**

La operación del transporte público en Colombia es un servicio público bajo la regulación del Estado, quien ejercerá el control y la vigilancia necesarios para su adecuada prestación en condiciones de calidad, oportunidad y seguridad.

Excepcionalmente la Nación, las Entidades Territoriales, los Establecimientos Públicos y las Empresas Industriales y Comerciales del Estado de cualquier orden, podrán prestar el servicio público de transporte, cuando este no sea prestado por los particulares, o se

presenten prácticas monopolísticas u oligopolísticas que afecten los intereses de los usuarios. En todo caso el servicio prestado por las entidades públicas estará sometido a las mismas condiciones y regulaciones de los particulares.

Existirá un servicio básico de Transporte accesible a todos los usuarios. Se permitirán de acuerdo con la regulación o normatividad el transporte de lujo, turísticos y especiales, que no compitan deslealmente con el sistema básico.

### **3. De la colaboración entre entidades:**

Los diferentes organismos del Sistema Nacional de Transporte velarán porque su operación se funde en criterios de coordinación, planeación, descentralización y participación.

### **4. De la participación ciudadana:**

Todas las personas en forma directa, o a través de las organizaciones sociales, podrán colaborar con las autoridades en el control y vigilancia de los servicios de transporte. Las autoridades prestarán especial atención a las quejas y sugerencias que se formulen y deberán darles el trámite debido.

### **5. De las rutas para el servicio público de transporte de pasajeros:**

Entiéndese por ruta para el servicio público de transporte el trayecto comprendido entre un origen y un destino, con un recorrido determinado y unas características en cuanto a horarios, frecuencias y demás aspectos operativos.

El otorgamiento de permisos o contratos de concesión a operadores de transporte público a particulares no genera derechos especiales, diferentes a los estipulados en dichos contratos o permisos.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Transporte o sus organismos adscritos, establecerá las condiciones para el otorgamiento de rutas para cada modo de transporte, teniendo en cuenta los estudios técnicos que se elaboren con énfasis en las características de la demanda y la oferta.

### **6. De la libertad de empresa:**

Para la constitución de empresas o de formas asociativas de transporte no se podrán exigir otros requisitos que los establecidos en las normas legales y en los reglamentos respectivos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, para acceder a la prestación del servicio público, las empresas, formas asociativas de transporte y de economía solidaria deberán estar habilitadas por el Estado. Para asumir esa responsabilidad, acreditarán condiciones que demuestren capacidad técnica, operativa, financiera, de seguridad y procedencia del capital aportado.

Las autoridades sólo podrán aplicar las restricciones a la iniciativa privada establecidas en la Ley, que tiendan a evitar la competencia desleal, el abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado, para garantizar la eficiencia del sistema y el principio de seguridad.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Transporte o sus organismos adscritos reglamentará las condiciones de carácter técnico u operativo para la prestación del servicio, con base en estudios de demanda potencial y capacidad transportadora.

El transporte de carga será prestado por personas naturales o jurídicas debidamente autorizadas por las autoridades y el Gobierno Nacional regulará su funcionamiento. El Gobierno establecerá los lineamientos para que el transporte de carga se lleve a cabo bajo condiciones de seguridad y eficiencia. Igualmente no existirán restricciones para rutas y frecuencias, estas serán determinadas por el mercado. El Gobierno Nacional podrá establecer condiciones técnicas y de seguridad para la prestación del servicio y su control será responsabilidad de las autoridades de tránsito.

**Ley 336 de 1996: Artículo 5:** El carácter de servicio público esencial bajo la regulación del Estado que la ley le otorga a la operación de las empresas de transporte público, implicará la prelación del interés general sobre el particular, especialmente, en cuanto a la garantía de la prestación del servicio y a la protección de los usuarios, conforme a los derechos y obligaciones que señale el reglamento para cada modo.

**Artículo 23:** Las empresas habilitadas para la prestación del servicio público de transporte sólo podrán hacerlo con equipos matriculados o registrados para dicho servicio, previamente homologados ante el Ministerio de Transporte, sus entidades adscritas, vinculadas o con relación de coordinación y que cumplan con las especificaciones y requisitos técnicos de acuerdo con la infraestructura de cada modo de transporte.

**Artículo 31:** Los equipos destinados al servicio público de transporte en cualquier modo, deberán cumplir con las condiciones de peso, dimensiones, capacidad, comodidad, de control gráfico o electrónico de velocidad máxima, de control a la contaminación del medio ambiente, y otras especificaciones técnicas, de acuerdo con lo que se señale en el reglamento respectivo, para efectos de la homologación correspondiente.

**Artículo 47:** La suspensión de licencia, registros, habilitaciones o permisos de operación de las empresas de transporte, se establecerá hasta por el término de tres meses y procederá en los siguientes casos:

- A. Cuando el sujeto haya sido multado a lo menos tres veces, dentro del mismo año calendario en que se inicie la investigación que pudiese concluir con la adopción de la medida, y
- B. Cuando dentro de la oportunidad señalada no se acrediten las condiciones exigidas para mejorar la seguridad en la prestación del servicio o en la actividad de que se trate.

**Decreto Ley 1421 de 1993.** Artículo 12. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:

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

(..)

- 19. Dictar normas de tránsito y transporte.

**Decreto 1344 de 1970:** Por el cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre

**Decreto Distrital 567 de 2006: ARTÍCULO 16°. DIRECCIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO.** Son funciones de la Dirección de Servicio al Ciudadano, las siguientes:

- a. Implementar el modelo de prestación de los servicios al ciudadano de la Secretaría Distrital de Movilidad.
- b. Implementar el sistema de peticiones, quejas y reclamos de la Secretaría de Movilidad, así como velar por la defensa de los intereses de los ciudadanos.
- c. Velar por la adecuada prestación de servicios a la ciudadanía, suministrados por la Secretaría de Movilidad directa o indirectamente.
- d. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios prestados directa o indirectamente por la Secretaría de Movilidad.

- e. Incorporar estándares de gestión de calidad en los servicios prestados directa o indirectamente por la Secretaría de Movilidad.
- f. Proponer alternativas para la prestación de servicios prestados directa o indirectamente por la Secretaría de Movilidad, bajo los principios de oportunidad, celeridad, economía y satisfacción del usuario.
- g. Administrar los contratos suscritos para la prestación de los servicios y ejecutar los planes y programas en materia de educación vial de la Secretaría de Movilidad.
- h. Establecer el protocolo de inducción, reintroducción, capacitación y cualificación de los servidores de puntos de contacto con el ciudadano.
- i. Hacer seguimiento y evaluación a la supervisión e interventoría de los servicios prestados directa o indirectamente por la Secretaría de Movilidad.
- j. Informar a las dependencias competentes en caso de incumplimientos contractuales de los servicios de responsabilidad de la Secretaría prestados por terceros.
- l. Dirigir y controlar la operación de los Centros Locales de Movilidad y demás puntos de servicio al ciudadano de la Secretaría de Movilidad, garantizando el cumplimiento de la política distrital de servicio al ciudadano.
- m. Promover la movilidad con seguridad, como propuesta de autocontrol y protección, invitando a los diferentes actores de la movilidad a que acaten las normas y señales de tránsito.
- n. Realizar campañas y operativos pedagógicos para mejorar las condiciones de movilidad en la ciudad y el uso de forma masiva de mecanismos alternativos de transporte, en condiciones de seguridad.
- o. Prestar los servicios de cursos de pedagogía por infracción a las normas de tránsito y transporte en la ciudad.
- p. Apoyar a los organismos competentes en los operativos de control en vía.
- q. Atender de manera directa las solicitudes de los habitantes y las autoridades de la localidad en materia de información del sector movilidad.

### **3.3. Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura” 2024-2027.**

El Objetivo 01 **Bogotá avanza en seguridad** del nuevo Plan de Desarrollo, establece el Programa estratégico, Espacio público óptimo y movilidad segura, especialmente el desarrollo del:

- A. Programa 3: Desmantelamiento de estructuras criminales y delincuenciales con mejores capacidades y activos tecnológicos.
- B. Programa 4: Servicios centrados en la justicia.
- C. Programa 5: Espacio público seguro e inclusivo.
- D. Programa 6: Movilidad segura e inclusiva.

## CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

### 3.4. CONTEXTO INTERNACIONAL

Los taxis son una parte crucial del transporte urbano en las grandes y pequeñas ciudades del mundo, regulados por autoridades locales y caracterizados por tarifas fijas o negociables. Los servicios pueden solicitarse en la calle o mediante aplicaciones móviles, lo que ha aumentado la competencia con servicios de transporte privado, debido a esto se referenciaron varios ordenamientos jurídicos a nivel mundial y qué estrategias implementan para dar solución a las altas cifras de comisión de delitos en el servicio de transporte de pasajeros

En la Ciudad de México, la creación de la aplicación Mi Taxi respondió a varias problemáticas de larga data en el servicio de taxis en la Ciudad de México teniendo en cuenta que una de las principales problemáticas se reflejó en la inseguridad en los viajes debido a que los pasajeros, enfrentan riesgos al tomar taxis, como robos, secuestros exprés y otros delitos, especialmente al abordar vehículos “piratas” que operan fuera de la regulación; razón por la cual se evidencia la falta de una base de datos confiable de los conductores y vehículos también dificulta la supervisión y acción de las autoridades<sup>59</sup>.

A través de la Secretaría de Movilidad (Semovi) y la Agencia Digital de Innovación Pública (ADIP), anunció el inicio de operaciones de la plataforma digital “Mi Taxi”, que está disponible en la aplicación CDMX. Esta herramienta permite a los usuarios solicitar un taxi desde su teléfono móvil, realizar pagos de manera electrónica o en efectivo, compartir su viaje con un contacto, activar un botón de emergencia para pedir ayuda y obtener información sobre el conductor.

---

<sup>59</sup>Secretaría Federal de Ciudad de México. *Inicia Gobierno capitalino operación de la plataforma digital “Mi Taxi” en la Ciudad de México*. México. (2020).

Durante la Jefatura de Gobierno, Claudia Sheinbaum Pardo, destacó que con el lanzamiento de "Mi Taxi", se cumple el compromiso de establecer una plataforma pública y gratuita para los taxistas en la capital, al tiempo que se ofrece mayor confianza a los ciudadanos que utilizan este medio de transporte.

El secretario de Movilidad, Andrés Lajous Loaeza, explicó que los usuarios ahora tienen la opción de pagar sus viajes utilizando sus teléfonos móviles a través del sistema de Cobro Digital (CoDi) del Banco de México con este método se permite realizar el pago mediante un código QR, lo que facilita la transacción. Además, los taxistas podrán recibir sus pagos de la misma manera, sin que se generen comisiones, y los fondos se depositarán de inmediato en la tarjeta bancaria seleccionada para la transacción.

Lajous Loaeza enfatizó que "Mi Taxi" fue diseñada para equilibrar la competencia entre los taxistas y los conductores que ofrecen servicios de transporte a través de aplicaciones privadas. Además, esta plataforma mejora la seguridad, ya que permite identificar tanto al vehículo como al conductor, compartir el viaje y cuenta con un botón de pánico para emergencias

En Lima Perú una de las principales causas de la implementación de nuevos sistemas de control en taxis fue la alta incidencia de inseguridad en el servicio de taxis donde los pasajeros en Lima y Callao enfrentaban constantes riesgos, como robos y agresiones en los taxis, lo que generaba desconfianza hacia el servicio, ello impulsó a las autoridades a implementar un sistema que permitiera monitorear los vehículos en tiempo real y conectar el servicio de taxis con las autoridades para brindar una respuesta rápida en caso de incidentes gracias a esta propuesta la Autoridad de Transporte Urbano (ATU) aprobó las características técnicas y funcionalidades del Sistema de control y monitoreo del servicio público de transporte especial en la modalidad de taxi en Lima y Callao.

Este sistema es una plataforma tecnológica creada por la ATU, diseñada para que operadores y conductores accedan a información sobre vehículos, conductores habilitados y operadores autorizados por la entidad, con el objetivo de garantizar seguridad<sup>60</sup>; el sistema tiene como principales objetivos la seguridad y confianza en el servicio de taxi, al verificar que todos los vehículos y conductores cumplan con los requisitos de seguridad y autorización esto facilita el monitoreo en tiempo real, permitiendo que la ATU controle el cumplimiento de normas y reglamentos, creando un ambiente de movilidad más seguro además, el sistema brinda a los operadores y conductores acceso a información clave, permitiéndoles consultar el estado de los vehículos y la habilitación de conductores, lo que sin duda, cumple con el objetivo de ayudar a

---

<sup>60</sup> Autoridad de Transporte Urbano Para Lima y callao. *Normas y Documentos Legales - Autoridad de Transporte Urbano Para Lima y Callao - Plataforma del Estado Peruano*. Perú (2022)

reducir la presencia de taxis informales ya mejorar la eficiencia en el servicio, protegiendo tanto a usuarios como a operadores dentro de los estándares legales.

En Buenos Aires, Argentina uno de los motivos principales para la implementación de nuevas tecnologías de control y monitoreo en taxis fue la falta de seguridad para los pasajeros, debido a que los usuarios enfrentaban problemas como robos, secuestros exprés y otros delitos al abordar taxis en la calle, razón por la cual se buscaba con la aplicación BA Taxi ofrecer un servicio más seguro, que permitiera identificar al conductor y al vehículo antes de que el pasajero aborde, así como compartir la ubicación en tiempo real con amigos o familiares<sup>61</sup>. Otro motivo clave fue la necesidad de formalización y control del servicio en Buenos Aires tenía una gran cantidad de taxis informales, lo cual generaba riesgos para los usuarios y problemas para las autoridades en cuanto a la regulación y supervisión del sector con *BA Taxi*, en el cual se exigía que los conductores debían estar registrados, permitiendo un mayor control por parte de las autoridades sobre quiénes operan.

Otra ciudad que tomo medidas para la solución de la deficiencia del servicio de taxis fue Santiago de Chile que, con la alta incidencia de robos y agresiones en taxis, se vio en obligación de adaptar estrategias de control y seguimiento, teniendo en cuenta que tanto los pasajeros como los conductores enfrentaban situaciones de riesgo, especialmente en horarios nocturnos o en zonas menos transitadas. En razón a ello, se implementan los botones de pánico como solución orientada a permitir que, conductores y pasajeros, alerten a las autoridades rápidamente<sup>62</sup>, toda vez que, sin un sistema de alerta inmediata, era difícil para las autoridades responder a emergencias dentro de un taxi en tiempo real, de esta manera, las autoridades a través del botón de pánico, las autoridades pueden recibir una notificación y ubicar el taxi a través de GPS, optimizando la respuesta y mejorando la posibilidad de intervenir rápidamente.

### 3.5. CONTEXTO NACIONAL

En Colombia, un taxi comporta un vehículo de transporte público individual que se utiliza para movilizar pasajeros dentro de la ciudad de manera personalizada, en donde a diferencia de otros medios de transporte público como el autobús o el sistema TransMilenio, el taxi ofrece una experiencia de puerta a puerta, lo que le permite a los pasajeros determinar el punto de inicio y fin del trayecto, de manera que, los taxis son parte del sistema de movilidad y cumplen con las regulaciones específicas para operar en la capital colombiana<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *la aplicación que agiliza los viajes Buenos aires*. Argentina. (2020).

<sup>62</sup> Gobierno de la ciudad de Santiago de Chile. *Inversión en control de transporte público*. Santiago de Chile. (2024).

<sup>63</sup> Ministerio de transporte. *Decreto 172 de 2001*. Colombia. (2001)

De esta manera, a nivel nacional, se puede precisar que existen más de 211.000 taxis en operación, dentro de las cuales las ciudades con índices mayor número automóviles y de taxis activos se encuentra:

- Bogotá: Con alrededor de 2´000.000 de automóviles y 50.000 taxis.
- Seguida de Medellín: con aproximadamente 1´500.000 de automóviles y 19,899 de taxis.
- Cali: con 800.000 automóviles y 17,034 taxis.
- Barranquilla: con 200.000 automóviles y 12,916 taxis.

En este sentido, cabe recalcar que los taxis en Colombia son regulados por un sistema de cupos que se implementan para controlar la cantidad de taxis que circulan en las ciudades, este sistema busca equilibrar la oferta y la demanda de taxis, reducir la congestión vehicular y mejorar la calidad del servicio de transporte público; en consecuencia, cada taxi que opera en Colombia debe tener un cupo, el cual permite al propietario del vehículo prestar el servicio de taxi legalmente.

Sin embargo, cabe recalcar que en Colombia, no existe una regulación nacional que establezca lineamientos relacionados a la seguridad que deberían brindar el servicio de taxi, sin embargo, algunas ciudades han optado por diferentes estrategias para darle solución a la inseguridad y problemas con la prestación del servicio, las cuales se pueden ver reflejadas en las siguientes ciudades:

Como, por ejemplo, el caso de Manizales, la cual ha avanzado en la adquisición de 77 botones de pánico que serán instalados en los taxis de la ciudad; estos dispositivos están conectados directamente con las centrales de la Policía Nacional, lo que permite una comunicación inmediata en caso de emergencia. Además, cada botón incluye un sistema GPS en tiempo real, que facilita la localización precisa de cada taxi junto con la Policía Nacional se han hecho capacitaciones para definir el protocolo de uso adecuado y garantizar que los botones de pánico sean efectivos. Este esfuerzo colaborativo busca mejorar la seguridad tanto para los conductores como para los pasajeros, brindando una respuesta ágil y oportuna.

Otra ciudad que ha optado por nuevas tecnologías de control fue Medellín, donde se han implementado diversas medidas para mejorar la seguridad en el servicio de taxis incluyendo la instalación de botones de pánico y alarmas silenciosas en algunos vehículos. Estas iniciativas han contribuido a una reducción del 38,7% en los robos en taxis, además se han ofrecido recomendaciones a los ciudadanos sobre cómo usar el transporte público de manera segura, cómo utilizar solo servicios autorizados<sup>64</sup> con esto la Secretaría de Seguridad y Convivencia ha implementado varias medidas para abordar la inseguridad en el servicio de taxis; Esto incluye campañas de sensibilización y capacitación para los taxistas sobre cómo mejorar la seguridad y

---

<sup>64</sup> Secretaría de Movilidad de Medellín. *Cambios en el control y tarifas de taxis*. Colombia. (2022).

prevenir situaciones de acoso. Además, se han establecido protocolos para garantizar la seguridad en los taxis.

Santiago de Cali es otra ciudad donde se han implementado varias medidas para mejorar la seguridad en el servicio de taxis se han optado por iniciativas más destacadas en el control estricto sobre la tarjeta de identificación que deben portar los taxistas, lo que permite verificar los antecedentes judiciales de los conductores y de esta manera, aumentar la seguridad tanto para los pasajeros como para los taxistas<sup>65</sup>, otra medida que se ha decidido fue aumentar los puestos de control donde se realizan solicitudes tanto a los taxistas como a los pasajeros, con el objetivo de prevenir asaltos y otras situaciones de riesgo. También se están explorando soluciones tecnológicas, como la instalación de cámaras de seguridad en los taxis, aunque esta inversión recaerá en los propietarios de los vehículos.

Es preocupante el panorama que en las ciudades que contienen mayor cantidad de taxis no se han establecido lineamientos para verificación y control de los conductores que brindan el servicio de transporte, de igual manera no existe una directriz clara desde la autoridad nacional de transporte como lo es el ministerio de transporte, que establezca unos criterios para la profesionalización y verificación de los conductores de taxi. Por último, se planea desarrollar una calcomanía denominada "taxi seguro" que identificará a los vehículos que cumplen con todas las disposiciones legales, contribuyendo así a una mayor confianza por parte de los usuarios.

### **3.6. CONTEXTO LOCAL**

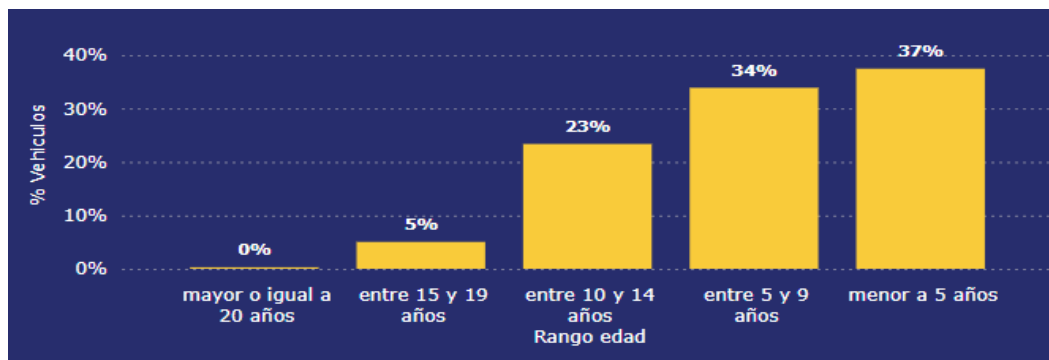
El servicio de taxi en Bogotá es individual y es de disponibilidad de 24 horas, el servicio no se encuentra sujeto a rutas ni horarios. El taxi se encuentra regulado desde la reglamentación nacional y distrital de transporte y el servicio es prestado bajo la responsabilidad de empresas de transporte debidamente habilitadas y con vehículos vinculados a su parque automotor.

Los vehículos deben cumplir con los requisitos exigidos por las disposiciones reglamentarias exigidas para esta modalidad de servicio, que actúan como garantía y respaldo hacia el usuario en caso de eventualidad durante el servicio. Cumpliendo con los siguientes requisitos: Tarjeta de operación que son el documento inicial que autoriza a un vehículo automotor para prestar el servicio público de transporte de pasajeros bajo la responsabilidad de una empresa de transporte. Tarjeta de control, que es un documento individual e intransferible que le expide la empresa de transporte a cada conductor o conductora, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Póliza de responsabilidad civil contractual y extracontractual, revisión técnico-mecánica, Mantenimiento periódico preventivo y correctivo de los vehículos, seguridad social de conductores.

---

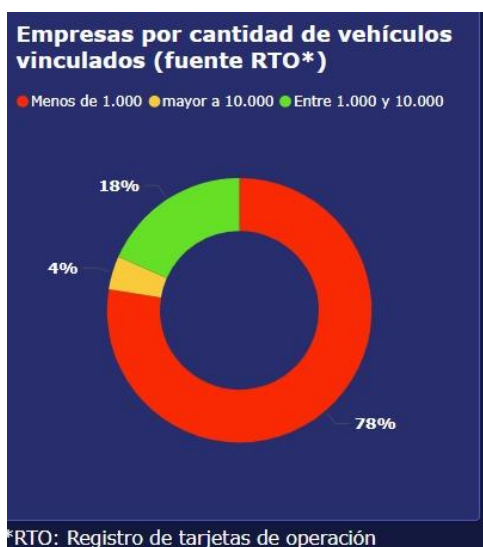
<sup>65</sup> Alcaldía de Santiago de Cali. *Reforzarán seguridad de los taxistas en Cali*. Santiago de Cali. Colombia. (2021).

En Bogotá según datos del observatorio de movilidad de la Secretaría Distrital de Movilidad, se encuentran 50.867 vehículos a agosto de 2024, de los cuales 44,414 se encuentran con tarjeta de operación vigente, es decir que se encuentran habilitados para brindar el servicio de taxi en Bogotá.



Fuente: Observatorio de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad (agosto,2024)<sup>66</sup>

El 37,44 % de los taxis en Bogotá cuentan con un rango de edad menor a 5 años, el 34 % un rango de edad de 5 y 9 años, el 23 % entre 10 y 14 años de edad y el 5 % entre 15 y 19 años.



\*RTO: Registro de tarjetas de operación

Fuente: Observatorio

Distrital de Movilidad, Secretaría  
Distrital de Movilidad (Agosto ,2024)<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2024).

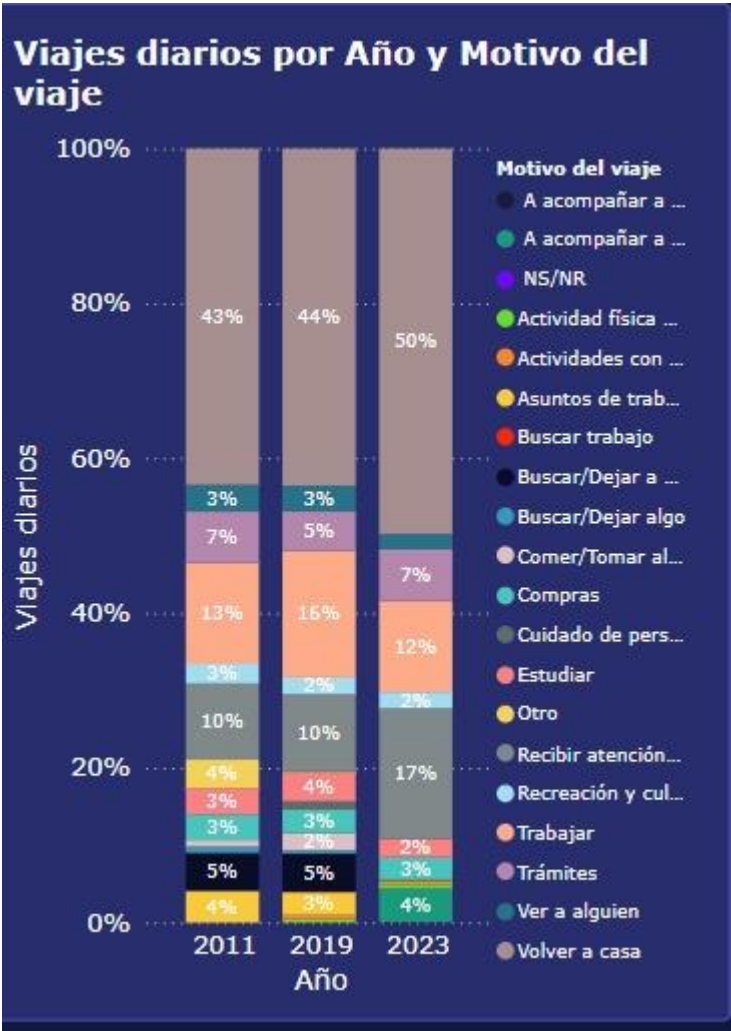
<sup>67</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2024).

En Bogotá actualmente se encuentran 49 empresas habilitadas por el ministerio de transporte público terrestre automotor individual de pasajeros. El 78 % de las empresas Habilitadas tiene menos de 1000 vehículos en su flota. Existen dos empresas en Bogotá que contienen el 57,36 % del total de la flota en Bogotá, las cuales son Radio Taxi Aeropuerto S.A con 15,740 y Taxexpress con 10,004 (Observatorio de movilidad, Secretaría Distrital de movilidad, 2024).



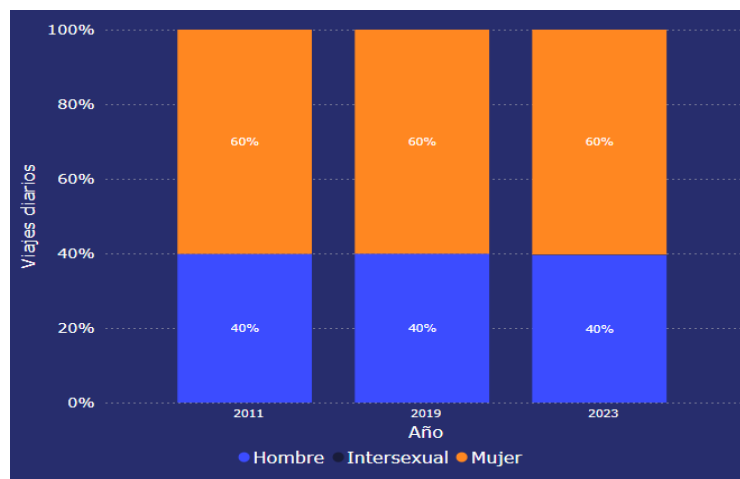
Fuente: Observatorio Distrital de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad (Encuesta de Movilidad 2023)<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2023).



Fuente: Observatorio Distrital de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad (Encuesta de <sup>69</sup>Movilidad 2023)

<sup>69</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2023).



Fuente: Observatorio Distrital de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad (Encuesta de Movilidad 2023).<sup>70</sup>

En Bogotá para el año 2023 se realizaban 528,318 viajes diarios por año, con una duración promedio de 44,2 minutos, donde el 50 % de los motivos de viaje corresponden a volver a casa, el 17 % recibir atención en salud y un 12 % para ir a estudiar. El 60 % de usuarios de los viajes en taxi son realizado por mujeres (Observatorio de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad).

En cuestiones de seguridad entre 2021 a mayo de 2023 se registraron 3.383 casos donde fueron víctimas pasajeras, donde el 95 % fueron víctimas de hurto a personas, los otros casos denunciados corresponden a lesiones personales, hurto a comercio y hurto a automotores. EL 70 % de las víctimas fueron de género femenino (Observatorio Distrital de movilidad, Secretaría de Movilidad mayo de 2023.). Evidenciando que es la población más afectada en las situaciones de inseguridad relacionadas a ser usuarias en el servicio de taxi.

<sup>70</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2023).



Fuente: Observatorio de Movilidad, Secretaría Distrital de Movilidad (Noviembre ,2023)<sup>71</sup>

En Bogotá se ha iniciado programas de capacitación a los conductores de taxis, según la secretaría de movilidad, desde 2021 a noviembre de 2023 se han realizado 75 capacitaciones donde han resultado beneficiados 6.225 conductores, en temas como cultura turística y apropiación de ciudad, biocinemática, módulos en factores de riesgo sustancias psicoactivas y alcohol y talleres relacionados a educación financiera y digital. Dictadas principalmente por secretaria Distrital de Movilidad con un 58 %, Secretaría Distrital de Salud con un 15 %, Secretaría Distrital de Turismo con un 10 % de capacitaciones dictadas.

A pesar de los lineamientos establecidos de manera nacional y distrital, los requisitos para prestar el servicio de taxi en Bogotá van enfocados en las condiciones de seguridad del vehículo en términos operativos. Sin embargo, no existe un protocolo para determinar si los conductores cuentan con las aptitudes que brinden seguridad a los ciudadanos.

### CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE ACUERDO

A nivel nacional y distrital, se ha evidenciado que existen lineamientos entorno a la seguridad del vehículo y así mismo los requisitos que lo contemplan, referenciando la licencia de conducción, SOAT, Tarjeta de Operación, entre otros que entrarían a garantizar la adecuada prestación del

<sup>71</sup> Secretaría Distrital de Movilidad. *Informe Transporte Público Individual Taxi*. Colombia. (2023).

servicio. Sin embargo, no se encuentran lineamientos específicos entorno a la seguridad de los pasajeros, teniendo en cuenta que existen diferentes riesgos que vivencian día a día los mismos, lo que se justifica en las grandes cifras de inseguridad y delincuencia cometidas dentro de los vehículos.

De esta manera, se requiere la creación e implementación de un protocolo de control de riesgo para la inseguridad y delincuencia donde se ven involucrados conductores de taxis y conductores de plataformas en Bogotá; con el fin que las empresas generen una herramienta que fortalezca la seguridad de los pasajeros, potencie la confianza en los medios de transportes públicos del Distrito y minimice la oportunidad de delinquir.

Adicionalmente, se evidencia que existen dos puntos claves que hacen parte de esta problemática, en donde en primer lugar, se observa que no existe verificación de antecedentes, habilidades de conducción y/o aptitudes de las personas que entran a prestar el servicio; en segundo lugar, no existe una adecuada capacitación de protocolos y seguridad para el cliente que toma el servicio, reflejando la falta de implementación de estrategias tendientes a garantizar la seguridad por medio de la tecnología.

## 6. COMPETENCIA DEL CONCEJO

El Decreto Ley 1421 expresa en el artículo 12, numeral 1, lo siguiente:

*“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.*

## **7. IMPACTO FISCAL**

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, aclaramos que la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no se incrementará el Presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación, en la medida en que el presupuesto fue proyectado dentro del marco del Plan de Desarrollo Distrital.

Cordial saludo,

**EDWARD ARIAS RUBIO**

Autor

**PROYECTO DE ACUERDO NO 313 DE 2025****PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE DEFINEN LINEAMIENTOS PARA LA CREACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE PÚBLICO INDIVIDUAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

**ACUERDA**

**Artículo 1. *Creación del protocolo de seguridad en el proceso de selección.*** Créese el protocolo de seguridad en el proceso de selección de conductores de transporte público individual para las empresas habilitadas para prestar dicho servicio en la ciudad de Bogotá D.C., entre ellos taxis y bicitaxis, con el fin de generar espacios seguros y disminuir los actos delincuenciales por medio de un estudio minucioso de antecedentes y seguimiento constante a conductores.

- a. Implementar un estudio de seguridad previo a la contratación del personal que conducirá los vehículos.
- b. Promover un seguimiento de control periódico a los conductores.
- c. Implementar capacitaciones periódicas de prevención de violencias basadas en género y estrategias de seguridad y fortalecimiento de redes de apoyo.

**Artículo 2°. *Participación institucional.*** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría de movilidad, se encargará de coordinar con las diferentes empresas de taxis y plataformas, el establecimiento y uso de un protocolo de seguridad en el proceso de selección de cada uno de los conductores asignados a los vehículos que trabajen bajo sus empresas, esto con el fin de generar las condiciones necesarias de prevención al delito.

**Artículo 3°. *Acceso a la prestación del servicio.*** La Administración Distrital en articulación con las empresas de taxis y plataformas, dispondrán de una herramienta digital (código QR) visible en los vehículos que permita a los usuarios tener acceso a la información necesaria de los conductores para un desplazamiento seguro, antes de tomar el servicio.

**Artículo 4°. *Consolidación de base de datos.*** La Administración Distrital a través de la Secretaría de Movilidad realizará seguimiento constante y oportuno de la base de datos de conductores asignados a las empresas habilitadas de transporte público individual.

**Artículo 5°. Implementación de un botón de pánico para los usuarios.** La Administración Distrital a través de la Secretaría de movilidad realizará control de la implementación de un sistema de alerta rápida para los usuarios en los vehículos de prestación de servicio de transporte público individual, el cual deberá generar articulación directa y activación de protocolos de seguridad en casos de riesgos delincuenciales.

**Artículo 6°. Protocolo de reducción de violencias de género.** La Administración Distrital a través de la Secretaría Distrital de la Mujer y en articulación con la Secretaría de movilidad, implementará un protocolo específico para la prevención de violencias basadas en género en el servicio de transporte público individual y capacitará a conductores y usuarios para activar ruta o atender de manera inmediata un acto violento que atente contra la integridad de las mujeres.

**Artículo 6°. Divulgación.** La Secretaría de Movilidad Distrital realizará la divulgación de las disposiciones que se adopten de manera general, a toda la ciudadanía.

**Artículo 7°. Monitoreo y Evaluación.** Se establecerá un mecanismo de seguimiento y evaluación de las medidas implementadas, a cargo de una mesa de trabajo conformada por instituciones (Secretaría de Movilidad y Policía) empresas de taxis y organizaciones de la sociedad civil.

**Artículo 8°. Implementación.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y contarán con un plazo de 6 meses desde su aprobación para la implementación de las medidas propuestas.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

## **PROYECTO DE ACUERDO NO 314 DE 2025**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO DE DESARROLLO PARA LA AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LAS MUJERES DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

##### **1. Objeto del Proyecto**

Este proyecto tiene como objeto la creación de un fondo con asignación presupuestal que permita a las mujeres de Bogotá participar anualmente de una convocatoria que busque fortalecer su autonomía económica, apuntándole a reducir exponencialmente las violencias basadas en género, las cuales se presentan en diferentes formas y limitan significativamente la participación de las mujeres en la vida productiva y social; un fondo que les permita a las mujeres tener libertad financiera, para invertir en sus proyectos y que además favorezca también la defensa que realizan las mujeres en pro de mejorar la de vida de sus pares, una herramienta a la cual, puedan acudir a potencializar sus habilidades y a reducir visiblemente la brecha de género, desde la salarial, laboral hasta la asignación desproporcional de labores de cuidado que suponen una barrera y consecuencias para sus vidas y las de sus dependientes.

De este modo, se busca con la creación de este fondo, brindar a las mujeres la oportunidad de fortalecer sus proyectos o de iniciar a construir su emprendimiento; entendiendo que la dependencia económica que pudieran tener las mujeres en relación a los hombres, profundiza las diferentes formas de violencia contra las mujeres, y agudiza las cifras de feminicidio, mateniendo la forma más extrema de violencia de género. Por tal motivo, se pretende con esta iniciativa brindar la posibilidad de reducir no solo la violencia económica, en todas sus dimensiones, si no que, en su defecto minimizar hasta lograr erradicar los diferentes actos de discriminación que sufren las mujeres, por el solo hecho de ser mujeres.

##### **2. Antecedentes**

Los siguientes, son acuerdos creados para prevenir violencias contra las mujeres y fortalecer proyectos productivos liderados por mujeres de Bogotá, esto con el fin de potenciar su autonomía económica y en su defecto la toma independiente de decisiones que le permitan mejorar la calidad de vida de las mujeres emprendedoras, cuidadoras y trabajadoras de los diferentes sectores económicos de la ciudad, los acuerdos que se han logrado establecer buscan en alguna medida apoyar la estructuración del emprendimiento y formalizar sus actividades comerciales, sin embargo, se limitan a acciones administrativas, que si bien aportan a los proyectos de vida de las mujeres, se ausenta la entrega o prestación de un capital semilla que les permite no solo tener la idea, sino invertir y creer firmemente en ella.

“ACUERDO 490 DE 2012, POR EL CUAL SE CREAN EL SECTOR ADMINISTRATIVO MUJERES Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER Y SE EXPIDEN OTRAS DISPOSICIONES”

“ACUERDO 583 DE 2015, POR MEDIO DEL CUAL, SE INSTITUCIONALIZAN LAS CASAS DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES DE BOGOTÁ D.C”

“ACUERDO 847 DE 2022, POR MEDIO DEL CUAL SE CREAN ESTRATEGIAS PARA PROMOVER, FINANCIAR Y APOYAR EL EMPRENDIMIENTO, LA FORMALIZACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE LAS MUJERES DE BOGOTÁ D.C”

### 3. Sustento Jurídico

#### 3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

**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 13.** 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 éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

**Artículo transitorio 1°. Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición (SIVJNR).** El Sistema Integral estará compuesto por los siguientes mecanismos y medidas: la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición; la Unidad para la Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el

contexto y en razón del conflicto armado; la Jurisdicción Especial para la Paz; las medidas de reparación integral para la construcción de paz y las garantías de no repetición.

El Sistema Integral parte del principio de reconocimiento de las víctimas como ciudadanos con derechos; del reconocimiento de que debe existir verdad plena sobre lo ocurrido; del principio de reconocimiento de responsabilidad por parte de todos quienes participaron de manera directa o indirecta en el conflicto y se vieron involucrados de alguna manera en graves violaciones a los derechos humanos y graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario; del principio de satisfacción de los derechos de las víctimas a la verdad, la justicia, la reparación y la no repetición.

El Sistema es integral, para que las medidas logren un máximo de justicia y de rendición de cuentas sobre las violaciones a los derechos humanos e infracciones al DIH ocurridas a lo largo del conflicto. La integralidad del Sistema contribuye también al esclarecimiento de la verdad del conflicto y la construcción de la memoria histórica.

El Sistema Integral hará especial énfasis en medidas restaurativas y reparadoras, y pretende alcanzar justicia no solo con sanciones retributivas. Uno de los paradigmas orientadores de la JEP será la aplicación de una justicia restaurativa que preferentemente busca la restauración del daño causado y la reparación de las víctimas afectadas por el conflicto, especialmente para acabar la situación de exclusión social que les haya provocado la victimización. La justicia restaurativa atiende prioritariamente las necesidades y la dignidad de las víctimas y se aplica con un enfoque integral que garantiza la justicia, la verdad y la no repetición de lo ocurrido.

Los distintos mecanismos y medidas de verdad, justicia, reparación y no repetición, en tanto parte de un sistema que busca una respuesta integral a las víctimas, no pueden entenderse de manera aislada. Están interconectados a través de relaciones de condicionalidad y de incentivos para acceder y mantener cualquier tratamiento especial de justicia, siempre fundados en el reconocimiento de verdad y responsabilidades. El cumplimiento de estas condicionalidades será verificado por la Jurisdicción Especial para la Paz.

**Parágrafo 1°.** El Sistema Integral tendrá un enfoque territorial, diferencial y de género, que corresponde a las características particulares de la victimización en cada territorio y cada población y en especial a la protección y atención prioritaria de las mujeres y de los niños y niñas víctimas del conflicto armado. El enfoque de género y diferencial se aplicará a todas las fases y procedimientos del Sistema, en especial respecto a todas las mujeres que han padecido o participado en el conflicto.

La conformación de todos los componentes del Sistema Integral deberá tener en cuenta la participación equitativa entre hombres y mujeres con respeto a la diversidad étnica y cultural

y los principios de publicidad, transparencia, participación ciudadana, idoneidad ética y criterios de cualificación para su selección.

### 3.2. ÁMBITO LEGAL

**LEY 74 DE 1968.** Por el cual se aprueban los “Pactos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales, de Derechos civiles y políticos.”, especificando en su artículo 3. Los estados partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.

**LEY 248 DE 1995.** Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994. Colombia ratificó la “Convención de Belém Do Pará” comprometiéndose a establecer lineamientos para erradicar la violencia contra la mujer; considerando esta firma damos por hecho que fomentar la autonomía económica es una forma visible de prevenir y erradicar la violencia económica contra las mujeres.

**LEY 319 DE 1996.** Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988. En especial el artículo:

**ARTÍCULO 1. OBLIGACIÓN DE ADOPTAR MEDIDAS.** Los Estados Partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se comprometen a adoptar las medidas necesarias, tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.

**LEY 731 DE 2002.** Por la cual se dictan normas para favorecer a las mujeres rurales. En especial los artículos:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las mujeres rurales, priorizando las de bajos recursos y consagrar medidas específicas encaminadas a acelerar la equidad entre el hombre y la mujer rural.

Artículo 5°. *Eliminación de obstáculos.* Los fondos, planes, programas, proyectos y entidades que favorecen la actividad rural, deberán ajustar sus procedimientos y requisitos en aras de eliminar cualquier obstáculo que impida el acceso de las mujeres rurales a ellos.

Artículo 6°. *Divulgación y capacitación.* Los fondos, planes, programas, proyectos y entidades que favorecen la actividad rural, deberán apoyar eficazmente el acceso de las mujeres rurales a los recursos, a través de medios idóneos que permitan su divulgación, la capacitación adecuada para su utilización y la asistencia técnica de los proyectos productivos que se emprendan.

**LEY 283 DE 2003.** "Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres"

**LEY 1257 DE 2008.** "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"

**Artículo 6°. Principios.** La interpretación y aplicación de esta ley se hará de conformidad con los siguientes principios.

1. Igualdad real y efectiva. Corresponde al Estado diseñar, implementar y evaluar políticas públicas para lograr el acceso de las mujeres a los servicios y el cumplimiento real de sus derechos.

2. Derechos humanos. Los derechos de las mujeres son Derechos Humanos.

3. Principio de Corresponsabilidad. La sociedad y la Familia son responsables de respetar los derechos de las mujeres y de contribuir a la eliminación de la violencia contra ellas. El Estado es responsable de prevenir, investigar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres.

4. Integralidad. La atención a las mujeres víctimas de violencia comprenderá información, prevención, orientación, protección, sanción, reparación y estabilización.

5. Autonomía: El Estado reconoce y protege la independencia de las mujeres para tomar sus propias decisiones sin interferencias indebidas.

**CONPES 3866 DE 2016.** "Política Pública de Desarrollo productivo"

**DECRETO 280 DE 2015.** “Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).” En especial, el ODS Número 1 “Fin de la pobreza”, Número 5 “Igualdad de género”, Número 8, “Trabajo decente y crecimiento económico”, así mismo dentro de los cuales se establece en su Artículo 4:

Función 1. Definir los mecanismos, metodologías y procesos necesarios para el alistamiento y la efectiva implementación de la ADP 2015 y alcanzar de manera irreversible los ODS

Función 9. Recomendar las medidas financieras necesarias e innovadoras que permitan una adecuada movilización de recursos financieros para la implementación de los ODS.

**CONPES 4080 DE 2022.** “Política Pública de equidad de género para las mujeres: hacia el desarrollo sostenible del país”

### **3.3. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI”**

A través de este Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas, se propende una meta clara enfocada en que al finalizar el año 2024 en Bogotá, se debe haber generado más y mejores oportunidades en particular para los jóvenes y las mujeres; los ciudadanos: hombres, mujeres, niñas, niños, jóvenes y adultos mayores, tendrán mayor inclusión social, productiva y política, y por lo tanto mayor capacidad y libertad para incidir y decidir sobre su presente y su futuro.

El artículo (13) trece del Plan de Desarrollo vigente, en el programa (1) uno, establece hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política, y el Programa estratégico, igualdad de oportunidades y desarrollo de capacidades para las mujeres contempla la meta estratégica: Diseñar y acompañar la estrategia de emprendimiento y empleabilidad para la **autonomía económica de las mujeres**. (Negrilla fuera de texto).

Por su parte, en este mismo artículo se encuentra el programa, Promoción de la igualdad, el desarrollo de capacidades y el reconocimiento de las mujeres, con la meta de: Diseñar acciones afirmativas con enfoque diferencial para desarrollar capacidades y promover los derechos de las mujeres en todas sus diversidades, en los sectores de la administración distrital y en las localidades.

## 4. CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

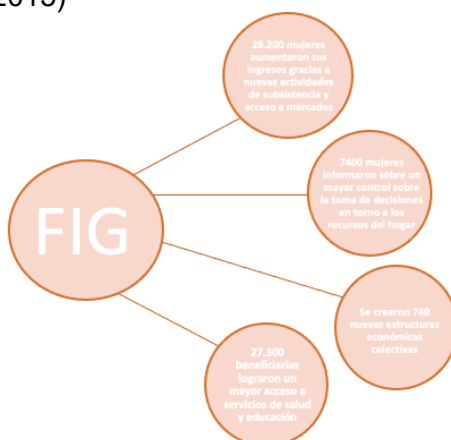
### 4.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Con base en los fondos fiduciarios existentes para fomentar la autonomía económica de las mujeres, encontramos el Fondo para la Igualdad de Género (FIG) desarrollado por ONU MUJERES, quienes desde el 2009, han aportado los impactos que ha tenido la financiación a mujeres y organizaciones de mujeres, en los cuáles han evidenciado una importante transformación social y cultural frente al posicionamiento de las mujeres referente a las dinámicas tradicionales en las relaciones de género, que subordinan a la mujer y la ponen en una posición de desventaja e inferioridad.

Dicho fondo ha logrado un reconocimiento importante de las mujeres en los escenarios políticos, sociales y productivos; a partir de ello, se reconoce un importante impacto en la vida de las mujeres en situación de vulnerabilidad, en la dinamización de su economía, pero además en la sensibilización de situaciones violentas que discriminan a las mujeres.

Dentro de los impactos identificados, en el marco de la financiación de ONU MUJERES, se encuentran logros políticos, económicos, educativos y de protección social, después de todo, estos fondos no buscan simplificar los procesos, pero sí brindar oportunidades para la paridad y el posicionamiento de las mujeres en todos los entornos. Además de aportar a la construcción de paz en los territorios, así como a la seguridad, la migración y otros temas.

A partir de las evaluaciones e impacto de las inversiones realizadas a través del fondo, se encuentra que “El FIG muestra que las organizaciones implementadoras (la sociedad civil) están ahora bien posicionadas para informar y contribuir aún más a la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.” (ONU MUJERES, 2015)



Fuente: Elaboración propia, información tomada de Resultados e impactos del FIG, ONU MUJERES.

Entre otros fondos existentes que potencia la economía de las mujeres a nivel internacional, impactando a varios países y organizaciones están los siguientes,

| Fondo                                                                          | Marco de impacto                                        | Impacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fondo global de mujeres                                                        | Internacional                                           | Creado en 1987, el Fondo Global de Mujeres ha invertido en 5.000 organizaciones lideradas por mujeres en 175 países, con convocatorias anuales e inversiones específicas. (Global fund for women, 1987).                                                                                                                               |
| Fondo de acción urgente (UAF)                                                  | 13 países de américa latina y el caribe hispanohablante | Se fundó en 1997, para impactar a nivel de américa latina y el caribe hispanohablante, financiado iniciativas de comunicación estratégica y protección a lideresas, activistas y defensoras de los DDHH de las mujeres.                                                                                                                |
| Fondo regional de apoyo a Organizaciones y Movimientos de Mujeres y Feministas | América latina y el caribe                              | Desde el año 2020, los gobiernos, de américa latina y el caribe, las organizaciones, movimientos de mujeres y feministas y organismos del sistema de las Naciones Unidas se unieron para financiar iniciativas que contribuyan al logro de la equidad. Los aportes por organización se encuentran estimados a un máximo de USD 10.000. |

|                                                                           |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fondo de apoyo a las Organizaciones feministas (FSOF)                     | Francia       | Su creación y lanzamiento se dio en el 2020, con un monto de financiamiento inicial de 120 millones de euros y se ha logrado establecer a hoy con una dotación de 250 millones de euros para un periodo de cinco años dirigidos a organizaciones de la ciudad civil feminista. |
| Fondo humanitario y de paz de las naciones unidas para las mujeres (WPHF) | Internacional | Establecido en el año 2020, para el financiamiento a mujeres defensoras de DDHH y activistas, con cerca de 44 millones de dólares anuales entregados como apoyo, para la construcción de paz en los territorios.                                                               |

#### 4.2. CONTEXTO NACIONAL

La feminización de la pobreza no ha discriminado a las mujeres del territorio Colombiano, en Colombia la pobreza sigue afectando a una parte importante de la población y en su defecto impactando en mayores proporciones a las mujeres, por lo que los gobiernos han implementado acciones para fortalecer la economía de las mujeres, sin embargo, los avances no han sido suficientes para garantizar la participación plena y equitativa en oportunidades laborales, económicas y productivas para las mujeres, dentro de las estrategias que abordan e impulsan la economía de las mujeres se encuentran las siguientes:

|                      |          |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fondo mujer emprende | Colombia | Este patrimonio autónomo, creado en el año 2021 cuenta con recursos del presupuesto nacional, iniciando con un presupuesto de 20.000 millones con el fin de fortalecer emprendimientos y organizaciones de las |
|----------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                    |          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    |          | mujeres que cuenten con actividad comercial bajo los lineamientos de la política pública nacional.                                                                                                                                                                      |
| Fondo de fomento para las mujeres rurales (FOMMUR) | Colombia | Creado en el año 2002, mediante la ley 731, con cerca de 15.000 millones asignados, como una cuenta especial del Ministerio de Agricultura, para apoyar planes, programas y proyectos de actividad rural que fortalezcan las economías de las mujeres rurales del país. |

En la actualidad, el país cuenta con dos fondos a nivel nacional que pretenden apoyar los emprendimientos de las mujeres rurales y urbanas con una iniciativa interesante, pero con un presupuesto limitado para los 32 Departamentos de Colombia y más de 6.776.646 mujeres que en el año 2018, según la Consejería presidencial para la equidad de la mujer en su informe de impacto socioeconómico del Covid en las mujeres, vivían en pobreza y las más de 1.840.557 que vivían en extrema pobreza, cifras que superan la situación de los hombres.

En este mismo sentido, encontramos que la pobreza monetaria ha sido históricamente mayor para las mujeres en relación a los hombres, donde se evidencia que en la economía en recuperación post Covid el 40,3% de las mujeres estaban en condición de pobreza, mientras que el 38,2% de los hombres se encontraban en la misma condición, dos puntos porcentuales menos que impacta la vida de las mujeres (Dane, 2022). A su vez, las mujeres que posiblemente no vivían o no viven en pobreza monetaria o multidimensional, pero sí, en pobreza autonómica que les impide salir de entornos violentos, aunque sus condiciones socioeconómicas sean estables o superiores a la mayoría de la población.

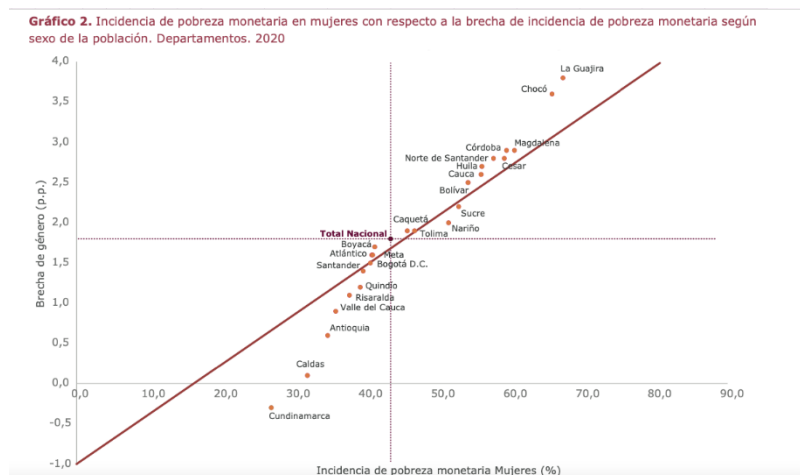
Por otro lado, dichos fondos no contemplan aquellas organizaciones de mujeres que trabajan en proteger y atender a las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia, las cuales aportan significativamente a una vida libre de violencia, pero también sin lugar a dudas transforman vidas desde su misión y acción.

#### 4.3. CONTEXTO LOCAL

Bogotá presenta disminución de la pobreza monetaria con respecto a otras ciudades capitales, sin embargo, las brechas de acceso para la ciudadanía y las barreras para alcanzar la equidad, siguen siendo una problemática sensible a la cual se debe prestar mayor atención, entre ellas encontramos,

las horas que dedican las mujeres a las labores de cuidado no remuneradas, las cuales superan las horas que dedican los hombres a las mismas, y en ello, la cantidad de mujeres que se dedican a estas labores, la última encuesta multipropósito del Dane en el año 2017, reportó que de cada 10 mujeres en Bogotá, 9 se dedican a tareas domésticas y de cuidado sin remuneración alguna, lo que evidentemente las posiciona en un lugar de pobreza y subordinación.

El siguiente gráfico muestra además como están estrechamente relacionadas las brechas de género y la pobreza monetaria, más pobreza monetaria representa más brechas para las mujeres, lo que profundiza las barreras para el acceso a la salud, educación, trabajo, entre otras.



Fuente: Gráfico tomado de nota estadística del DANE, pobreza en Colombia, un análisis con perspectiva de género (2021).

De esta manera, se entiende que la pobreza monetaria, se debe a causas como la asignación desproporcional de labores de cuidado exclusivamente a las mujeres, lo que genera pobreza del tiempo y su vez, impide que la mujer desarrolle otras actividades como un trabajo digno y formal que le permita un acceso de calidad a salud, pensión, entre otras situaciones que constituyen derechos constitucionales. Por si fuera poco, la violencia es otra de las formas de discriminación a la que se enfrentan las mujeres y que busca minimizar e invisibilizar la presentación de las mujeres en diferentes contextos.

Así, para Bogotá durante el reporte del año 2019 por las comisarías de familias 52 mujeres por día fueron atendidas por violencia intrafamiliar<sup>72</sup> lo que comprende un reto adicional para las mujeres, desde su dimensión física y psicológica.

<sup>72</sup> Secretaría de planeación (2020) Mujeres, las más afectadas por la pobreza, el desempleo y la violencia intrafamiliar en Bogotá. Recuperado de <https://www.sdp.gov.co/noticias/mujeres-las-mas-afectadas-la-pobreza-desempleo-y-la-violencia-intrafamiliar-bogota>

## 5. CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE ACUERDO

Las instituciones estatales, tienen la responsabilidad de garantizar entornos y ser agentes facilitadores para la participación plena de las mujeres en todos los escenarios, lo que se traduce en inversión, capacitación, seguimiento y confianza recíproca.

Con la creación de este fondo, la capital estaría aportando de manera significativa al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pues tras un estudio realizado por ONU MUJERES, se evidencia que, de continuar la tendencia actual en relación a las cifras de desigualdad para las mujeres, en el año 2030, tendremos 340 millones de niñas y mujeres en extrema pobreza, lo que sugiere es que el progreso deberá avanzar 26 veces más rápido, este fondo permitirá alcanzar más mujeres y disminuir puntos porcentuales a la pobreza multidimensional y monetaria.

### 5.1. Reducción de las Violencias basadas en género (VBG).

Los casos de violencia basada en género en la ciudad son una realidad, la plataforma de Observatorio de Feminicidios en Colombia, reportó para el año 2021, 622 feminicidios, principalmente en Antioquia (109), Valle del Cauca (75), Bogotá y Cauca (47), lo que equivale a un leve descenso con relación al año 2020, donde esta plataforma registró 630 femicidios, 113 en Antioquia, 95 en Valle del Cauca, 49 en Bogotá, 43 en Cauca, entre otros<sup>73</sup>. Asimismo, en la ciudad, para ese año, las violencias basadas en género aumentaron en un 18,3%, relativos a los casos de violencia sexual contra las mujeres<sup>74</sup>.

Las mujeres están sujetas a dinámicas de violencia particulares que se manifiestan en todos los escenarios de la vida pública y privada; dichas violaciones limitan el ejercicio de sus derechos, en particular el derecho a vivir una vida libre de violencias (Convención Belém do Pará, 1994). En lo que respecta a la violencia de género esta contempla varias formas o tipos, que afectan a las mujeres, entre ellas, la violencia económica o patrimonial, lo que limita la participación plena de las mujeres e incumple con los tratados ratificados por Colombia, donde se compromete no solo a proteger en igualdad de condiciones a las mujeres, si no, a proveer herramientas y estrategias que transformen la vida de las mujeres y les brinde oportunidades para salir de entornos violentos y cerrar las brechas de género a las que se ven enfrentadas.

---

ONU MUJERES (2023), El progreso en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, panorama de género 2023. Recuperado de <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-12/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2023-es.pdf>

<sup>73</sup> Observatorio de Feminicidios (2022) Colombia: Situación de Violencia Basada en Género (VBG), comparativo 2020-2021. Recuperado de <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-situacion-de-la-violencia-basada-en-genero-vbg-comparativo-2020-2021-abril#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20Observatorio%20de%20Medicina,34.042%20de%20violencia%20de%20pareja.>

<sup>74</sup> Fundación Corona (2022) Informe de Calidad de Vida en Bogotá, 2021. Recuperado de <https://s3.documentcloud.org/documents/22123000/icv-2021-ii.pdf>

Este fondo, con toda seguridad será una herramienta para que las mujeres víctimas y las organizaciones tengan garantía de derechos, acceso efectivo a oportunidades y un apoyo invaluable de una institución que genera seguridad y confianza en la vida de las mujeres.

Con la creación del Fondo de Desarrollo para la autonomía económica de las mujeres, se logrará brindar y fortalecer las capacidades de las mujeres, lo que su vez les permitirá tomar decisiones sobre su vida, su futuro y el de sus familias, en consecuencia, al eliminar la dependencia económica tendrán mayor poder de negociación y contarán con las herramientas para salir de entornos violentos, sin la preocupación de tener que asumir costos que superan su capacidad financiera.

Tradicionalmente, los hombres se han hecho cargo de las economías de los hogares y se han relegado a las mujeres a un espacio privado, donde asumen la carga total de los cuidados pero además no tienen autonomía, ni toma de decisiones frente al hogar, por ello, este fondo busca brindar las herramientas para potenciar la agencia de las mujeres, reduciendo la posibilidad que sean víctimas de violencia doméstica, económica y patrimonial, física, psicológica, vicaria y todas las formas existentes de oprimir y restringir la participación de las mujeres en la vida pública y privada.

Reducir las VBG hasta lograr la eliminación de la misma, supone retos como la creación de esta herramienta que beneficie exclusivamente a las mujeres, si bien, la pobreza no toca solo a las mujeres, sí tienen mayores posibilidades de ser pobres, eso significa una perspectiva de género, entender las profundas desigualdades que viven las mujeres, las vulnerabilidades que las cruzan y asumir la responsabilidad desde los gobiernos a dedicar sus esfuerzos a transformar los imaginarios y las negaciones que imposibilitan alcanzar la equidad de género.

## **5.2. Oportunidad de financiación nacional e internacional.**

La creación de un fondo fiduciario en la administración distrital, abrirá las puertas para la cofinanciación de organismos internacionales que deseen invertir en la transformación financiera de las mujeres de Bogotá, así mismo, logrará recepcionar inversiones de cara a las necesidades de la capital focalizando sus iniciativas y visibilizando sus propuestas a nivel internacional, lo que podría no solo posicionar la ciudad capital por la buena voluntad política, sino también la posibilidad de intercambiar saberes y emprendimientos de lo local a lo internacional.

## **5.3 Cerrar las brechas de género.**

Permitir que las mujeres tengan acceso a bienes y servicios, disminuirán las cifras de desigualdad, permitirá que participen en el escenario empresarial, social, político y académico; sus ingresos les permitirá invertir para mejorar las condiciones, para prepararse en lo que requiera su emprendimiento o iniciativa social para seguir posicionándose, no sólo ellas, si no sus hijas e hijos también. Se podría observar una reducción significativa en las cifras de ocupación en el ámbito formal, así como, una redistribución equitativa de las cargas de cuidado entre los miembros de la familia, debido a la actividad que decida realizar la mujer para lograr invertir tiempo para el

cumplimiento de sus objetivos como independiente o como organización según sea el enfoque (empresarial o social).

Para cerrar las brechas de género se necesita mucho más que inversión presupuestal, la transformación de los estereotipos encierra una buena parte de las violencias contra las mujeres y se hace indispensable que haya un cambio estructural en las formas tradicionales de pensar, sin embargo, este actuar administrativo focalizará la atención en aquellas mujeres que en la capital perciben menos salario que los hombres, que no tienen la posibilidad de acceder a una pensión, que dedican sus horas a la informalidad, entendiendo con una perspectiva de género que las mujeres hoy siguen teniendo más probabilidades de ser pobres que los hombres.

#### **5.4 Transformación de imaginarios sociales y culturales.**

En la historia de la humanidad las mujeres han alcanzado sus derechos por medio de la lucha, transitando caminos pedregosos con barreras estructurales como la asignación inequitativa de roles de género, los cuales han encasillado a las mujeres en su forma de ser, actuar, hablar y en general en el hecho de ser mujer.

Estas asignaciones de roles a desempeñar por las mujeres, tuvo como consecuencia el desconocimiento de derechos, como el derecho a elegir y ser elegida, el derecho al trabajo, a la educación, entre otras situaciones que se consideraban privilegios y no derechos; esta mala interpretación posicionó por años a las mujeres en situaciones de desventajas y de incapacidad para realizar otro tipo de actividades en sus vidas, por lo que los hombres se adueñaron del espacio público, minimizando e invisibilizando sus sueños, capacidades y posibilidades de desarrollo.

Este fondo de desarrollo, busca darle voz a las mujeres, como lo han hecho otros fondos alrededor del mundo, como la cooperativa de mujeres COPAPE de Ruanda, donde una mujer beneficiaria expresa lo siguiente:

*“Las mujeres no teníamos voz en esta comunidad. No teníamos derecho a unirnos entre nosotras. La cooperativa ha cambiado nuestras vidas. Los hombres empezaron a vernos como personas autosuficientes que pueden traer dinero a casa, azúcar para las gachas del desayuno... realmente ha cambiado su visión de las mujeres.”*

– Flonira Mukamana, miembro de la cooperativa de mujeres COPAPF, en el sector de Kinigi, distrito de Musanze, Provincia Norte (Ruanda).

Así como Flonira, se espera que muchas más mujeres de la capital tengan poder de negociación y autonomía en sus vidas, familias y comunidades, y puedan contar historias de éxito a través de las acciones afirmativas tomadas desde el distrito.

#### **5.5. Innovación**

Acceder a recursos que financien las iniciativas de las mujeres generará movilización en la creatividad, en las posibilidades y oportunidades, así como en la forma de innovar para generar

competitividad en el mercado, lo que iría en doble vía, impactando la vida de las mujeres y la economía circular de la capital.

Con la creación de este instrumento se busca articular a las mujeres con el sector empresarial, no dejar a ninguna atrás implica que sus conocimientos les permita un crecimiento importante en la ciudad como protagonistas de sus vidas y la de sus dependientes.

### **5.6. Beneficios para la economía local**

Comprender a la mujer como motor de la economía, permite entender que las actividades no solo de emprendimiento, sino también de incidencia social, moviliza la productividad y competitividad de un territorio.

Los efectos directos de fortalecer la autonomía económica de las mujeres, tendrá un impacto en la economía, pues movilizar los recursos en las diferentes esferas productivas, permitirá mayor liquidez e inversión, debido al ciclo que se podría generar no solo en las emprendedoras, si no, en aquellas lideresas u organizaciones que trabajan en la defensa de los DDHH de las mujeres, pues minimizar las violencias basadas en género, movilizará a las mujeres a habitar en entornos en los que antes no lograban hacerlo.

Ahora bien, tras la pandemia la economía va en un ritmo de crecimiento lento para las mujeres, quienes se vieron profundamente afectadas y con este fondo, que potenciará no solo su capacidad económica, si no su capacidad de inversión se podrá posesionar nuevamente las actividades comerciales y sociales de las mujeres que logren ser beneficiarias.

La existencia de una economía con enfoque de género, genera valor a las iniciativas realizadas por mujeres, posicionará a Bogotá como la capital de las oportunidades para las mujeres y organizaciones que trabajan para mejorar la calidad de vida de ellas, sus familias y pares. El crecimiento de iniciativas traerá inversión y fortalecerá la confianza de sus conocimientos y capacidades; reconociendo que el trabajo de más mujeres adicionará puntos al crecimiento en el PIB.

## **6. COMPETENCIA DEL CONCEJO**

El Decreto Ley 1421 expresa en el artículo 12, numeral 1, lo siguiente:

*“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.*

## **7. IMPACTO FISCAL**

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento del Artículo 7° de la Ley 819 de 2003, la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que afecte el marco fiscal de mediano plazo, toda vez que no ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación, en la medida en que el presupuesto fue proyectado dentro del marco del Plan de Desarrollo Distrital, teniendo a la mujer como centro de la agenda.

De cualquier modo, aunque se pueden presentar gastos con ocasión del establecimiento de incentivos y el plan institucional de capacitación de las entidades distritales, ellos serán sufragados en los rubros ya existentes, con los recursos que ya se encuentran presupuestados sin la necesidad de aumentar las apropiaciones correspondientes.

Cordial saludo,

**EDWARD ARIAS RUBIO**

Autor

**PROYECTO DE ACUERDO NO 314 DE 2025****PRIMER DEBATE****“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL FONDO DE DESARROLLO PARA LA AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LAS MUJERES DEL DISTRITO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

**ACUERDA**

**Artículo 1. Creación del Fondo de Desarrollo para la Autonomía Económica de las Mujeres del Distrito.** Créase el Fondo de desarrollo para la autonomía económica de las mujeres de Bogotá D.C., con el fin de garantizar acceso a oportunidades económicas y productivas, fomentar la participación y visibilidad de las habilidades, para promover una vida libre de violencia para las mujeres.

**Artículo 2°. Financiación.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de la Mujer, se encargará de coordinar las convocatorias y asignar el presupuesto requerido, según caracterización de la instancia de mujer del distrito, para generar las condiciones necesarias para la ejecución y funcionamiento del fondo, dentro del marco de sus competencias.

**Artículo 3. Estrategias de continuidad.** La administración distrital establecerá con claridad el número de convocatorias al año y el presupuesto anual a invertir.

**Artículo 4°. Lineamientos de presentación.** La Administración Distrital a través de la Secretaría Distrital de la Mujer, construirá lineamientos específicos para la presentación de las iniciativas de las mujeres como persona natural o como organizaciones de mujeres que trabajan en la defensa de los derechos de otras mujeres desde su misión empresarial/comercial o social.

**Artículo 5°. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.**

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**