



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

AÑO II N°. 3122 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO MARZO 10 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO No. 111 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE TOMAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA VIDA, LA SALUD PLENA, LA DIGNIDAD HUMANA Y EL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD, EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”.....	2189
PROYECTO DE ACUERDO No. 112 DE 2021 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE INTEGRAN ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR, ASISTIR Y COMBATIR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	2209

PROYECTO DE ACUERDO No. 111 DE 2021

PRIMER DEBATE

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

Cuando se trata de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de incesto, es aún mayor la problemática, las barreras no solo dificultan el acceso sino también generan revictimización y una carga psicológica adicional para las mujeres, que no están en el deber de soportar.

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

2. OBJETIVO:

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

3. JUSTIFICACION

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

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

3.1. Contexto y situación actual.

Cada vez se hace más extensa la lista de barreras que existen para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el sistema de salud colombiano, viéndose obligadas a tener una maternidad forzada, automedicarse o a utilizar servicios clandestinos que ponen en peligro su salud y su vida.

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

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

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

En Colombia el panorama no es distinto, cifras reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social demuestran que el índice de embarazos no planeados alcanza un 52% y que 70 mujeres mueren cada año por complicaciones derivadas de abortos inseguros y/o clandestinos.²

En informe del Ministerio de Salud y Protección Social “....Se estima que, a nivel mundial de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, de los cuales, 46 millones —es decir, el 58%— terminan interrumpiéndose. De estos, 19 millones se producen en países donde el aborto es ilegal, lo que lleva a las mujeres a recurrir a practicar abortos inseguros que ponen en riesgo su vida y su salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente 67.000 mujeres mueren por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es el

¹<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/dia-internacional-salud-mujeres-jorge-basso-canelones-mortalidad-materna-casi-cero>

² [La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf](#)

responsable del 17% de las muertes maternas (OMS, 2000). De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (OMS, 2012)...”.³

La Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Instituto Guttmacher señalaron en comunicado de prensa publicado en *The Lancet*, “...De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina...”⁴ El mismo artículo refiere «**Se precisan más esfuerzos, especialmente en las regiones en desarrollo, para garantizar el acceso a los anticonceptivos y al aborto seguro**» «**Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia salud y la de sus familias. Esto no debería pasar. Sin embargo, pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose demasiados abortos peligrosos y demasiadas mujeres continúan sufriendo y muriendo**»⁵

La OMS caracterizó las circunstancias en que se realiza el aborto peligroso por subcategorías denominándolas como abortos menos seguros y nada seguros, resaltó que “...Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo. Casi un tercio (31%) de los abortos fueron «menos seguros», lo que significa que fueron practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado uterino instrumental, bien por una persona no cualificada, incluso si esta utilizó un método seguro como el misoprostol, un medicamento que se puede utilizar para muchos fines médicos, incluida la inducción de un aborto. En aproximadamente el 14% de los casos se trató de abortos «nada seguros» realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas. El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos peligrosos fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones nada seguras. Las complicaciones derivadas de abortos «nada seguros» pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones...”⁶

³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>

⁴ <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

⁵ <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

⁶ <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

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

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

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

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

La Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia (T-209 de 2009, T-841 de 2011, T-301 de 2016 y SU-096 de 2018) ha identificado en varias ocasiones las barreras que enfrentan las mujeres en el sistema de salud y que demuestran que parte del problema que no ha sido posible solucionarlo a pesar de los más de 19 fallos que han garantizado el derecho a la IVE.

Lamentablemente y pese a que existe normativa que garantiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) bajo ciertas circunstancias, las niñas, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar que solicitan o intenta acceder a esta prerrogativa, no solo siguen siendo sometidas a actos que perjudican y atentan contra su

integridad física, moral, personal, familiar y demás aspectos, sino que deben enfrentarse a talanqueras se sirven de argumento para que las entidades se abstengan de llevar cabo el procedimiento.

Esta situación se ha agudizado aun más “(...) En medio de la emergencia sanitaria producida por el COVID-19, este panorama no ha mejorado. Diversas organizaciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos han denunciado en todo el mundo el surgimiento de nuevas barreras y la profundización de las conocidas para acceder al aborto seguro. (...) Las EPS y las IPS se están excusando en la priorización de las atenciones relacionadas con el COVID-19 para no atender las solicitudes de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). Por la virtualidad de los trámites, no todas las mujeres pueden acceder a los canales para solicitarla porque muchas no tienen herramientas para enviar correos o simplemente llamar. Las EPS no están garantizando los traslados a las mujeres que lo requieren y se escudan en la falta de transporte público y en que el uso de las ambulancias es exclusivo para casos de COVID-19”.⁷ Y pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció medidas indicando que “las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud ante la congestión de servicios de salud por la pandemia deben adecuar las modalidades de prestación de servicios que garanticen la atención para la planificación familiar y anticoncepción, así como el acceso a la IVE.”⁸, persiste la negación para llevar a cabo el procedimiento.

Es sumamente urgente y necesario adoptar estrategias que permitan identificar y analizar cuales son los factores determinantes que se relacionan con la práctica del aborto inseguro; se identifiquen y analicen cuales son las barreras de acceso creadas por el sistema de salud para el acceso efectivo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y cuales existen desde la perspectiva de las niñas, adolescentes y mujeres, para que de conformidad con estos datos, se ejecuten medidas que eliminen todas y cada una de las barreras de acceso bien sea mediante estrategias de capacitación del personal médico, asistencial y administrativo de las EAPB, EPS e IPS, tendientes a brindar y garantizar asistencia orientativa, legal y de acompañamiento a las niñas, adolescentes y mujeres que requieran de este procedimiento o bien sea con la adopción de programas de promoción, prevención y ejecución que permitan erradicar por completo el aborto inseguro y consecuentemente eliminar “múltiples barreras que les impide acceder a servicios oportunos, seguros y de calidad, llevándolos a escenarios peligrosos donde los riesgos para sus vidas son múltiples y latentes”⁹.

3.2 Plan Nacional de Desarrollo y Plan Distrital de Desarrollo.

⁷ ColombiaCheck; Explicador: Cómo acceder al aborto seguro en Colombia en medio de la pandemia; Laura Rodríguez Salamanca. <https://colombiacheck.com/investigaciones/como-acceder-al-aborto-seguro-en-colombia-medio-de-la-pandemia>

⁸<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Instituciones-Prestadoras-de-Salud-deben-continuar-con-atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

⁹<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/01/La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf>

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

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

A nivel distrital las directrices van en línea con el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030 que, a su vez, orientan el plan de desarrollo distrital *"Un nuevo contrato social y*

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

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

No	Metas Trazadoras	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
14	A 2024 cero tolerancia con el embarazo de niñas de 10 a 14 años reduciéndola en un 20%, previniendo el delito de violencia sexual contra las niñas y fortaleciendo capacidades de la familia como cuidadores y protectores de niños, niñas adolescentes.	Tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años.	207 nacimientos en niñas de 10 a 14 años (dato preliminar)	DANE 2019	Reducción en 20%

16	Ajustar el actual Modelo de Salud para basarlos en APS incorporando el enfoque poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo que incluya ruralidad, y a la población discapacitada, y aporte a modificar los determinantes sociales de la salud en la ciudad y lograr impacto en la morbimortalidad de la población cubierta. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad, con su enfoque particular. Adicionalmente se incluye una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas que tengan dificultad para su desplazamiento y personas en condición de discapacidad.	Indicadores de morbilidad evitable por localidad Indicadores de mortalidad evitable por localidad Indicadores de coordinación por localidad creadas	Indicadores de morbilidad evitable por localidad Indicadores de mortalidad evitable por localidad Cero coordinación por localidad creadas	EEVVRRUAFSIVIGILA	Mejora de indicadores de morbilidad evitable de la población atendida, por localidad Mejoría de Indicadores de mortalidad evitable por localidad 20 Coordinaciones creadas, una por localidad
----	--	---	---	-------------------	---

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

Programas Estratégicos Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política							
No	Programas Estratégicos	No	Meta estratégica	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
3	Sistema Distrital de Cuidado	33	Implementar en el 100% de los colegios públicos la estrategia de Prevención del embarazo adolescente, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos, a través de la articulación de la estrategia SEXPERTO, las	% de colegios públicos distritales con acompañamiento para el fortalecimiento de los proyectos de educación integral en sexualidad	65% colegios públicos distritales con acompañamiento en 2019	SED; 2020	100% de colegios públicos distritales con acompañamiento

			escuelas de padres y las redes de práctica de aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores.				
--	--	--	---	--	--	--	--

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

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

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

Metas Sectoriales. Prevención y atención de maternidad temprana

Meta 74 Implementar en el 100% de los colegios públicos la estrategia de Prevención del embarazo adolescente, con enfoque en derechos sexuales y reproductivos a través de la

articulación con la estrategia SXPERTO, las escuelas de padres y las redes de practica y aprendizaje constituidas por padres, madres y cuidadores.

3.3 Estrategias y acciones afirmativas.

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

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

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

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

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

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

Muchos prestadores de servicios de salud, desconocen los documentos guías que el Ministerio de salud y de Protección Social ha elaborado para la eliminación de estas barreras, por lo cual se hace necesario que a través de la Administración Distrital se establezcan lineamientos específicos determinantes a las instituciones prestadoras de servicios de salud,

a sus profesionales de la salud, y demás personal involucrado, poder ofrecer ampliamente servicios de información y acompañamiento en todas las fases de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a las mujeres que, estando dentro de alguna de las causales, los solicitan.

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

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

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

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

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

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

4. MARCO JURÍDICO

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

4.1. ORDEN CONSTITUCIONAL

Corte Constitucional Sentencia C-355 de 2006.

Esta sentencia despenaliza el aborto en 3 tres circunstancias: a) Cuando peligra la vida o la salud de la madre. b) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida. c)

Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.

Corte Constitucional Auto 360 de 2006.

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

Corte Constitucional Sentencia T-636 de 2007.

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

Corte Constitucional Sentencia T-988 de 2007.

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

Corte Constitucional Sentencia T-209 de 2008.

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

Corte Constitucional Sentencia T-946 de 2008.

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

Corte Constitucional Auto 279 de 2009.

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

Corte Constitucional Sentencia T-009 de 2009.

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

Corte Constitucional Sentencia T-388 de 2009.

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

Corte Constitucional Sentencia T-585 de 2010.

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

Corte Constitucional Sentencia T-636 de 2011.

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

Corte Constitucional Sentencia T-841 de 2011.

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

Corte Constitucional Sentencia SU-098 de 2018.

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

4.2. ORDEN LEGAL**• Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano.
Artículo 122.**

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

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

Artículo 123.

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

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

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

Artículo 1°.

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

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

Artículo 2.

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

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

Artículo 1.

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

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

Artículo 1o.

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

Artículo 6o.

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

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

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

Hacen parte de este tipo de RIAS, las siguientes:

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

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

- **Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social**, “Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

Artículo 1º.

La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTA D. C.

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

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

25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones Vigentes.

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

respectiva ley estatutaria, los ciudadanos y las organizaciones sociales podrán presentar proyectos de acuerdo sobre temas de interés comunitario.

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

5. IMPACTO FISCAL

De acuerdo con la Ley 819 de 1993 en su artículo 7, “Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el marco fiscal de mediano plazo”.

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

Cordialmente,

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA

Concejal de Bogotá 2020-2023

Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO No. 111 DE 2021

PRIMER DEBATE

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

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

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

ACUERDA.

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

Artículo 2. La Secretaría Distrital de Salud implementara la Ruta Integral de Atención establecida en la resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud como un instrumento fundamental para asegurar el cumplimiento de los mandatos de la Corte Constitucional en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de la Mujer coordinarán las acciones pertinentes, orientadas al diseño e implementación de un programa de formación para el personal de salud en la aplicación de la Ruta Integral de Atención establecida en la resolución 3280 de 2018 para la interrupción voluntaria del embarazo. De igual forma deberá verificar que para el 2022 todas las IPS privadas que operan dentro del Distrito se encuentren implementando dicha resolución.

Artículo 3. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y en coordinación con la Secretaría de la Mujer habilitará una línea gratuita de atención telefónica y de whatsapp, con el fin de atender a las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a las cuales se les haya negado el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, prestándoles atención médica, psicológica, y jurídica.

La Secretaría de Salud en ejercicio de su función de vigilancia y control realizará el seguimiento de los casos recibidos, realizará los informes necesarios e iniciará el proceso correspondiente ante la Superintendencia de Salud en contra de la EAPB, EPS e IPS que haya negado el servicio.

Artículo 4. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y en coordinación con la Secretaría de la Mujer creará una estrategia de “Aborto Libre y Seguro” en la que desarrollará acciones de promoción y sensibilización frente al derecho a acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Esta estrategia incluirá material educativo que será distribuido de forma virtual, y de forma física en las casas de igualdad de oportunidades para las mujeres, en las universidades públicas, los colegios públicos distritales y en la red pública hospitalaria.

Artículo 5. La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud creará un protocolo adicional al establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud para la atención inicial a las personas que deseen acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Este protocolo como mínimo garantizará que se le brinde un espacio de espera privado a las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y se establezca un código para la atención de estos casos.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Cordialmente,

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA

Concejales de Bogotá 2020-2023

Partido Alianza Verde

PROYECTO DE ACUERDO No. 112 DE 2021**PRIMER DEBATE****“POR EL CUAL SE INTEGRAN ACCIONES AFIRMATIVAS PARA PREVENIR, ASISTIR Y COMBATIR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”****1. INTRODUCCION**

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

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

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

En la actualidad, el Cáncer de Cuello Uterino afecta a casi 25 Millones de personas en todo el mundo, en Colombia la incidencia anual de cáncer de cuello uterino afecta a cerca de 3.800 mujeres con una tasa de 15.3 afectadas por 100.000 habitantes. dentro de los

diferentes tipos de cáncer, este constituye la segunda causa de muerte en mujeres, especialmente las que se encuentran en edad fértil.¹⁰

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

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

2. OBJETIVO

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

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 Contexto, y situación actual.

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

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

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

Una vez contraído el virus de papiloma humano, este se puede eliminar a los 18 meses. Sin embargo, en un pequeño grupo de mujeres este puede persistir por 15 a 20 años cuando se pueden encontrar transformaciones malignas. Esta ventana es el tiempo que tenemos para diagnosticar, y realizar un tratamiento temprano.¹¹

En 2020, fueron diagnosticadas 19,2 millones de personas y aproximadamente 9,95 millones fallecieron por causa de algún tipo de cáncer, 3,1% de los casos diagnosticados fueron

¹⁰ Portal SISPRO- Observatorio Nacional de Cáncer.
https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/info_general_cuellouterino.aspx

¹¹ [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

cáncer cervical, mientras que la mortalidad por esta causa se elevó a 3,6%. Las regiones más afectadas son África, Melanesia, Micronesia, Asia Suroriental y América del Sur.¹²

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

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



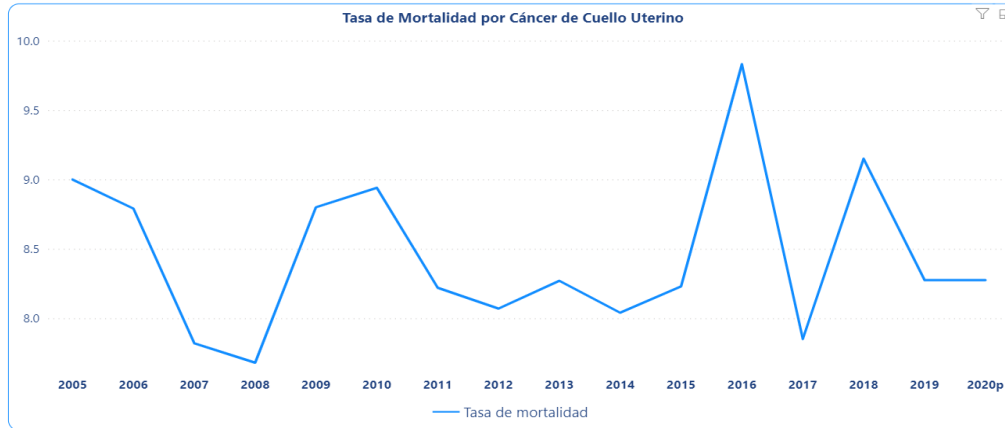
*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes¹³

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

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

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

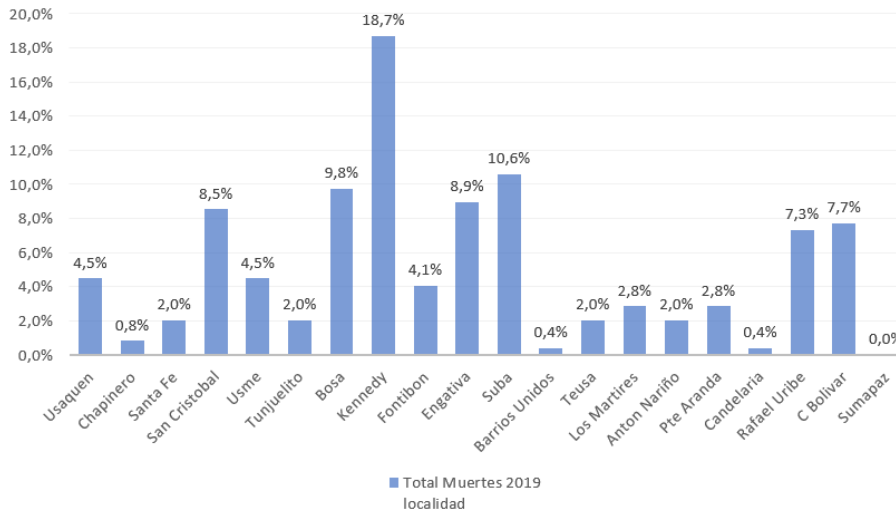
¹³ <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>



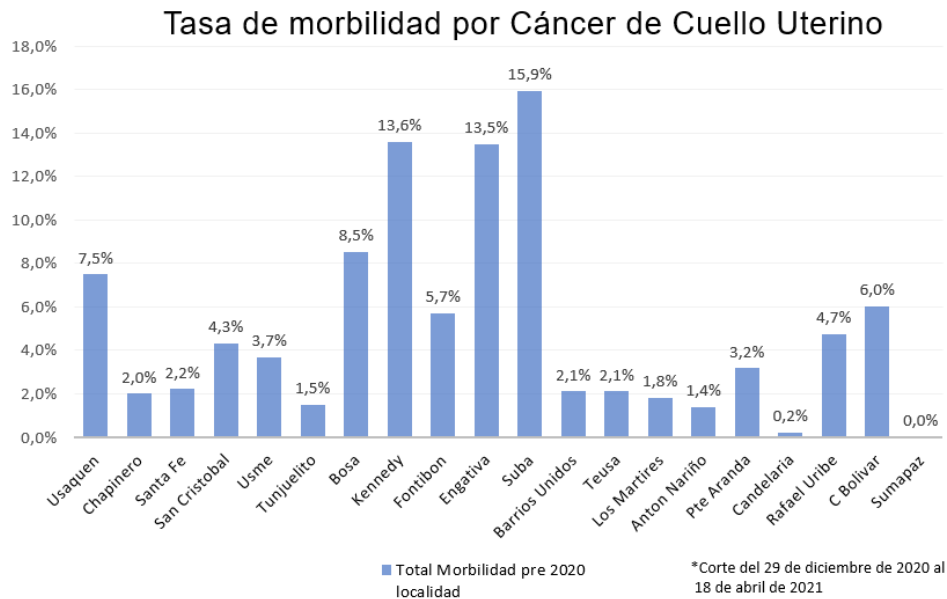
*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes¹⁴

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

Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino por Localidad 2019



¹⁴ <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-chronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>



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

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

- **Objetivos de Desarrollo Sostenible.**

La agenda mundial para el desarrollo sostenible tiene como finalidad el bienestar social, este esfuerzo incluye la salud como derecho humano y la prevención y tratamiento prematuro del cáncer de cuello uterino como uno de los objetivos de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente¹⁵. Los ODS que se pretenden cumplir con el presente proyecto de acuerdo en Bogotá son:

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

Meta 3.4: Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

(...)

¹⁵ https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

Meta 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

(...)

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

(...)

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

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

Se centra en tres pilares principales:

1. La prevención a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano;
2. La detección y el tratamiento de lesiones precancerosas; y
3. El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo, incluido el acceso a cuidados paliativos.¹⁶

- **Plan Nacional de Desarrollo.**

El Plan Nacional de Desarrollo entendido como el documento base por el cual el Gobierno Nacional provee los lineamientos estratégicos de su gestión, tiene estipulado implementar intervenciones en salud pública, para la transformación de la vida con deberes y derechos, frente al proyecto de acuerdo desarrollado en este documento es importante mencionar, que se espera que:

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

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

¹⁶ <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-acelerar-eliminacion-cancer-cuello-uterino-como-problema-mundial>

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

- **Plan Distrital de Desarrollo.**

El Plan Distrital de Desarrollo también contempla en su propósito 2 disminuir las afectaciones a la salud, especialmente en las poblaciones expuestas al riesgo para esto se tienen como meta asegurar al 95% de la población al sistema de seguridad social, esto aunado al programa 7 denominado “Mejora de la gestión de las instituciones de Salud” con lo que se busca, llevar la salud, a la residencia, barrio y entorno lo cual para fines de este proyecto apoya la posibilidad de que la promoción y los tamizajes se den en otros espacios diferentes como cafeterías y peluquerías que son diferentes a los ya acostumbrados a realizar en las anteriores administraciones, esto de la mano de *“equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.”*¹⁷

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

3.3 Estrategias y acciones afirmativas.

- **Prevención.**

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

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

¹⁷ Plan Distrital de Desarrollo, Un Nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI Programa 7

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

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

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

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

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

Por otra parte, la prevención incluye un factor de gran relevancia y es la realización de testeo masivo, en efecto con el COVID-19 se pudo evidenciar la eficacia de la toma de muestras masivas para la detección del virus, para el COVID el testeo es aún más difícil porque debe realizarse a todas las personas y un periodo de tiempo corto, es decir, una persona que haya dado negativo, y al día siguiente este en contacto con alguien contagiado debe volver realizarse la prueba lo que supone una gran carga económica para el sistema.

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

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

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

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

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

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

Dentro de la normatividad vigente el Acuerdo 461 de 2011 establece que “la Secretaría Distrital de Salud, deberá iniciar la implementación de estudios de evaluación de tamización primaria con prueba de detección viral”, al respecto esta normatividad es anterior a la resolución 3280 de 2018 donde se establece como obligatoria la prueba de ADN del VPH para mujeres entre 30 y 65 años de edad y por lo tanto consideramos que debe ser derogada por una normatividad que establezca la aplicación de la RIAS.

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

aplicable y válido, y creemos que es susceptible de mejora en la aplicación de la resolución 3280 de 2018 y estipulando las metas del OMS.

- **Educación**

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

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

- **Promoción.**

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

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

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

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

los especialistas pueden realizar la toma de la prueba, por lo cual consideramos que la información que debe estar al alcance de todos es la mencionada anteriormente.

- **Atención.**

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

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

4. MARCO JURÍDICO.

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

4.1 De orden constitucional.

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

Artículo 2

“Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; (...)

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

Artículo 11.

“El derecho a la vida es inviolable.”

Artículo 13.

“El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

Artículo 48.

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

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

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

Artículo 49.

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. **Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.** También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.”

4.2 De orden legal:

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

Artículo 1.

“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

Artículo 4.

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

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

Artículo 153.

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

(...)

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

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

Artículo 154

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

(...)

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

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

Artículo 166

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

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

Artículo 3.

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

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

Artículo 4.

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

- (...)
2. Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;
- (...)
5. Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria;
- 6.- Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;”

Artículo 7.

“**Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal** y de la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, **educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación**

familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.”

Artículo 28.

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

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

Artículo 35.

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

(...)

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

Artículo 48.

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

- **Ley 1098 de 2006**

Artículo 17.

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

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

Artículo 20.

“..., las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:
14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, ...”

Artículo 27.

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

(...)

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

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

Artículo 1

“Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y

de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.”

Artículo 2.

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

Artículo 5.

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

(...)

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

Artículo 6.

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

- **Ley 1438 de 2011**

Artículo 2

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

(...)

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

(...)

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.”

Artículo 13.

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

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

13.5. Orientación individual, familiar y comunitaria.

13.6. Atención integral, integrada y continua.”

Artículo 17.

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

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

Artículo 2.

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

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

Artículo 5.

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

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas.

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

(...)

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

Artículo 6.

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

(...)

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

(...)

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

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

(...)

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

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

(...)

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

(...)

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

Artículo 8.

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el

legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”

Artículo 10.

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

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

(...)

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

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

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

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

(...)

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

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

(...)

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

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

4.3 De orden distrital.

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

- Acuerdo 461 de 2011: Incorpora medidas de prevención en el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el Distrito Capital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, entre las que se encuentra la vacunación gratuita.
- Acuerdo 520 de 2013: Incorpora al programa de detección y control del cáncer de cuello uterino un sistema de gestión de información que permita en forma rápida, efectiva y eficiente el envío de los resultados de los exámenes.

- Acuerdo 593 de 2015: Por medio del cual se establece la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y de leucemias agudas pediátricas en niños, niñas y adolescentes del distrito capital.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTA

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

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

6. IMPACTO FISCAL

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

“Artículo 7º. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo”

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

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

Cordialmente,

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

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

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

LUCIA BASTIDAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

ANDREA PADILLA VILLARRAGA
Concejala de Bogotá 2020-2023

MARIA VICTORIA VARGAS SILVA
Concejala de Bogotá 2020-2023

Partido Alianza Verde

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

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

Partido Liberal Colombiano

ALVARO ARGOTE MUÑOZ
Concejal de Bogotá
Partido Polo Democrático Alternativo

MARIA SUSANA MUHAMAD GONZALEZ
H. Concejala de Bogotá D.C.
Colombia Humano UP

PROYECTO DE ACUERDO No. 112 DE 2021

PRIMER DEBATE

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

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

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

ACUERDA:

Artículo 1. El Distrito Capital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud deberá promocionar y garantizar la vacuna contra el VPH de manera gratuita. También realizará

jornadas de vacunación y realizará vacunaciones mediante los equipos multidisciplinarios que hagan parte de la atención primaria en salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 6. La Secretaría Distrital de Salud entregará al Concejo de Bogotá el 26 de marzo de cada año un informe sobre el cumplimiento de las obligaciones a su cargo

derivadas del Acuerdo 461 de 2011, 520 de 2013, 593 de 2015 y del presente acuerdo, en el incluirá un comparativo con el año inmediatamente anterior.

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

Cordialmente,

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

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

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

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

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

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

LUCIA BASTIDAS
Concejala de Bogotá 2020-2023
Partido Alianza Verde

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

ALVARO ARGOTE MUÑOZ
Concejal de Bogotá
Partido Polo Democrático Alternativo

MARIA SUSANA MUHAMAD GONZALEZ
H. Concejala de Bogotá D.C.
Colombia Humano UP