



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

AÑO II N°. 3141 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO ABRIL 07 DEL AÑO 2021

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 213 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN ACCIONES INTERSECTORIALES QUE FORTALEZCAN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, CUIDADORES, CUIDADORAS Y VOLUNTARIOS EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	4281
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 214 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “POR EL CUAL SE DICTA EL MARCO NORMATIVO NECESARIO PARA QUE EL DISTRITO CAPITAL FORMULE, DESARROLLE, ADOpte Y EJECUTE UNA POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC, TENDIENTE A GARANTIZAR LA PRESTACIÓN Y EL ACCESO PROGRESIVO AL SERVICIO DE INTERNET PARA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN BOGOTÁ D.C. QUE PERTENEZCA A LOS ESTRATOS 1, 2 Y 3”.....	4297
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 215 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “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”.....	4320
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 216 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “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 INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	4341
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 217 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LA SENSIBILIZACIÓN, PROMOCIÓN E INVESTIGACIÓN DEL SECTOR DEL CANNABIS MEDICINAL Y COSMÉTICO, EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	4358
<b><u>PROYECTO DE ACUERDO No. 218 DE 2021 PRIMER DEBATE</u></b> “POR EL CUAL SE INSTITUCIONALIZA LOSJUEGOS INTERCOLEGIADOS DE BOGOTÁ D.C. Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES”.....	4378

## **PROYECTO DE ACUERDO No. 213 DE 2021**

### **PRIMER DEBATE**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN ACCIONES INTERSECTORIALES QUE FORTALEZCAN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL,**

## **CUIDADORES, CUIDADORAS Y VOLUNTARIOS EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

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

El presente proyecto de acuerdo tiene por objeto establecer acciones intersectoriales que fortalezcan la atención de las personas con dependencia funcional, de sus cuidadores, cuidadoras y voluntarios, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de esta población en el Distrito Capital.

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

#### **ORDEN INTERNACIONAL**

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**

##### **Artículo 25.**

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

- **Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales –PIDESC**

##### **Artículo 12.**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

- **Convención sobre los Derechos del Niño**

##### **Artículo 23.**

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

#### **Artículo 24.**

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

- **Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.**

**Artículo 19.** Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

#### **ORDEN CONSTITUCIONAL**

**Artículo 2.** Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

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

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

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

**Artículo 46.** El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

**Artículo 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

**Artículo 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

**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.

**Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado.

## **ORDEN LEGAL**

- **Ley 1618 de 2013** *“Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.”*

**Artículo 1°. Objeto.** El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

**Artículo 9°.** Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida (...).

- **La Ley 1251 de 2008**, “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”.

**ARTÍCULO 1. OBJETO.** La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

- **Ley 361 de 1997.** “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad”

**Artículo 1.** Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas en situación de discapacidad, en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas en situación de discapacidad severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

- **Ley 1145 de 2007.** “Por medio del cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”.
- **Ley 1438 de 2011 Artículo 66.** Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Señala que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial.
- **Ley 1785 de 2016.** “Por medio de la cual se establece la red para la superación de la pobreza extrema: red unidos” Dicha red desarrollará sus acciones bajo la coordinación del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social”.
- Ley 1752 de 2015. Artículo 1. “Esta ley tiene por objeto sancionar penal mente actos de discriminación por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación”.

**Artículo 11.** “Establece que las personas con discapacidad son consideradas sujetos de especial protección por parte del Estado (...) Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”.

- **La Ley 789 de 2002.** Estableció el Sistema de Protección Social en Colombia y lo define como “El conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”. El sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad de derechos y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales.
- **Ley 1785 de 2016.** “Por medio de la cual se establece la red para la superación de la pobreza extrema: red unidos” Dicha red desarrollará sus acciones bajo la coordinación del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social”

### **ORDEN REGLAMENTARIO**

- **Decreto Reglamentario 3951 de 2010.** “Por el cual reglamentará la organización del Sistema Nacional de Discapacidad”

**Parágrafo 1.** Los consejeros indicados en los literales d) y e) serán seleccionados por el Ministerio de la Protección Social o del ente que haga sus veces, a propuesta de la organización de sociedad civil de la discapacidad de representación nacional que los agrupe y de las entidades prestadoras de servicio, legalmente constituidas. Su período será de cuatro (4) años y podrán ser nuevamente elegidos por una sola vez. En caso de renuncia o de ausencia a cuatro (4) reuniones consecutivas sin justificación de alguno de ellos, el procedimiento para nombrar su reemplazo, será el mismo, por el periodo restante.

- **Resolución 0429 de 2016** del Ministerio de Salud “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud y la garantía de este derecho fundamental”.
- **Política Nacional De Envejecimiento y Vejez (2007).** La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024.
- **Documento CONPES Social 166 (2013).** Enfoque de derechos: “considera que el primer paso para la inclusión efectiva de la población con discapacidad, es reconocer que ésta es titular de derechos que obligan al Estado a garantizar su ejercicio. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a exigir prestaciones y conductas en un marco de deberes y de corresponsabilidad”.

### **ORDEN NORMATIVO**

- **Decreto 470 de 2007.** "Por el cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital"
- **Acuerdo Distrital 137 de 2004.** "Por medio del cual se establece el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital y se modifica el Acuerdo 022 de 1999". en su artículo primero establece que: "El Sistema Distrital de Atención Integral de personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital, es el conjunto de instancias y procesos de desarrollo institucional y comunitario, que a través de los mecanismos de planificación, ejecución, seguimiento y control social, articulados entre sí, faciliten la prevención, los cuidados en salud y psicológicos, la habilitación, la rehabilitación, la educación, la orientación, la integración laboral y la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales de las personas con limitación y/o discapacidad, según los principios que regulan las actuaciones administrativas, a fin de que se cumplan los fines del Estado previstos en la Constitución Política, las leyes y demás disposiciones reglamentarias vigentes".  
Que el mismo Acuerdo en su artículo segundo determina que: "El Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital estará coordinado por el Consejo Distrital de Discapacidad, que es el organismo de participación ciudadana para la concertación entre las diferentes instancias, entidades o autoridades del Distrito Capital y las comunidades, de políticas, planes, programas y proyectos que

tengan como objetivo la prevención, cuidados en salud y psicológicos, habilitación, rehabilitación, educación, orientación, integración laboral y social y la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales de las personas en condición de discapacidad, en el Distrito Capital”.

- Acuerdo 505 de 2012 “Por medio del cual se establece el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas con discapacidad en el Distrito Capital”.

**Consejo Distrital de Discapacidad:** EL Consejo Distrital de Discapacidad - CDD; es la instancia consultiva, de asesoría y gestión del Sistema Distrital de Discapacidad para la coordinación, planificación, concertación, adopción y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la discapacidad en el Distrito Capital.

- Acuerdo 010 de 2018: “Por medio del cual se dicta el Reglamento Interno para el funcionamiento del Consejo Distrital de Discapacidad de Bogotá”.
- Acuerdo 09 de 2015: “Por medio del cual se establece el plan general de acciones para la visibilización, movilización y reconocimiento de las diversas expresiones de las personas con discapacidad del Distrito Capital”
- Acuerdo 07 de 2013: “Por medio del cual se establecen los lineamientos para las acciones afirmativas para la visibilización, movilización y reconocimiento de las diversas expresiones de las personas con discapacidad del Distrito Capital”.
- **Acuerdo 624 de 2015.** “Por el cual se implementa un protocolo integral por los derechos a la protección y bienestar de los cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en Bogotá, D.C.

**ARTICULO 3. Líneas de acción.** El protocolo deberá contener, entre otras, las siguientes líneas de acción:

- a) La identificación de las necesidades, habilidades, capacidades y competencias de las cuidadoras y cuidadores de las personas con discapacidad.
- b) El fortalecimiento de acciones de apoyo psicosocial a las familias, cuidadoras cuidadores de personas con discapacidad.
- c) La ruta distrital de atención integral para las cuidadoras y cuidadores de las personas con discapacidad.
- d) La organización de la red de apoyo integral de cuidadoras y cuidadores, distrital y por localidad. Así mismo se fortalecerán las organizaciones y redes de personas cuidadoras que además del apoyo psicosocial, dinamicen el desempeño ocupacional y productivo.
- e) La articulación de los planes de intervención que se generen en los ámbitos institucional, comunitario y familiar, con los planes, programas y proyectos que se implementen por cada sector de la administración distrital.

f) La conformación de equipos profesionales interdisciplinarios y gestores comunitarios que den respuesta institucional para el acompañamiento Integral requerido por las cuidadoras y cuidadores de las personas con discapacidad.

g) La creación de instrumentos económicos transitorios para garantizar condiciones de vida adecuadas hasta superar sus condiciones de pobreza extrema y/o de vulnerabilidad social.

h) La incorporación de los criterios y periodicidad de evaluación en la implementación del protocolo.

- **Acuerdo 710 de 2018:** “Por el cual se determinan los lineamientos para el fomento, la generación de empleo, y el Teletrabajo para personas con discapacidad y Adultos Mayores que requieren cuidado permanente y sus Cuidadores y Cuidadoras en el Distrito Capital, se establece una estrategia para la atención integral de cuidadores y cuidadoras y se dictan otras disposiciones”.

**ARTICULO 10.** Modifíquese el artículo 2º del Acuerdo 624 de 2015, el cual quedará así:

**ARTICULO 2.** Elaboración. La Administración Distrital elaborará el protocolo de atención integral para las personas cuidadores y cuidadoras de la población con discapacidad y adultos mayores que requieren cuidado permanente, para lo cual deberá tener en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

a) La caracterización de las personas cuidadores y cuidadoras, que permita implementar el Sistema de Registro Distrital para esta población.

b) Mecanismos para garantizar la visibilización e inclusión de esta población.

c) Reconocimiento de la tarea que ejercen los cuidadores y cuidadoras para garantizar su inclusión en el campo laboral.

d) Empoderamiento que permita la cualificación y valoración de la labor del cuidador.

e) Asesoría y apoyo institucional que permita en las familias la redistribución de roles que garanticen la atención integral y el cuidado de la población con discapacidad y adultos mayores que requieren cuidado permanente.

f) Acciones que permitan generar cambios de imaginarios sociales y culturales.

- **Acuerdo Distrital 761 de 2020** “Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”

Sistema Distrital de Cuidado fue consignado como un programa estratégico derivado del propósito número 1:

*Este incluye:*



- *Formular las bases técnicas y coordinar la implementación del sistema distrital del cuidado. Es la meta estratégica número 34 que incluye como indicador Porcentaje (%) de avance en la definición técnica y coordinación para la implementación del sistema distrital de cuidado.*
- Incrementar en 30% la atención de las personas con discapacidad en Bogotá, garantizando así el cumplimiento del Art 10 del acuerdo distrital 710 de 2018.

Así mismo quedó definido como uno de los Programas del Plan Distrital de Desarrollo agrupado en el propósito 1: **Sistema Distrital de Cuidado**. *Conjunto de servicios, regulaciones, políticas, y acciones técnicas e institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado. El Sistema Distrital de Cuidado concibe el cuidado de, al menos dos tipos: el **cuidado indirecto**, que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, y las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones; y, el **cuidado directo**, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños (traslado al colegio y ayuda al desarrollo de tareas escolares), el cuidado de ancianos y enfermos y personas con discapacidad, y el cuidado de los animales domésticos. Los servicios prestados por el Sistema serán brindados por el Estado, el sector privado y el sector comunitario, bajo un modelo de corresponsabilidad, con el fin de: a) fortalecer y ampliar la oferta de servicios de cuidado para la atención a la población con mayores niveles de dependencia funcional, incluidos los de la atención para la primera infancia, para la población con discapacidad, para la vejez y los relacionados con apoyos alimentarios. b) desarrollar una estrategia que valore y resignifique el trabajo de cuidado implementando procesos de empoderamiento para cuidadoras y cuidadores, a través de servicios de reposo y recreación, y espacios de formación y homologación, incluyendo a las adultas mayores que ejercen el rol de cuidadoras, líderes comunitarias, cuidadoras de animales domésticos, mujeres rurales, indígenas, campesinas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom. c) implementar una estrategia de cambio cultural y pedagógica en el Distrito, frente a la corresponsabilidad en la realización del trabajo de cuidado en los hogares y comunidades, a fin de redistribuir este trabajo entre hombres y mujeres, propendiendo por el desarrollo de nuevas masculinidades. (...).* Subrayado fuera de texto original.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de acuerdo tiene por objeto establecer acciones intersectoriales que fortalezcan la atención integral de las personas con dependencia funcional, cuidadores, cuidadoras familiares y voluntarios, que realizan esta labor, con el fin de garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad, o que en razón de su edad o enfermedad específica requiera de algún tipo de cuidado, así como, adelantar el proceso de institucionalizar la atención integral de las personas que cumplen el rol de cuidador o cuidadora en el Distrito.

Esto se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Identificar las personas con dependencia funcional y que requieran ser incluidas en la red de apoyo de cuidado por localidad.
- La creación y articulación de redes locales y barriales de los cuidadores, cuidadoras y voluntarios de las personas con dependencia funcional.
- Desarrollar acciones conjuntas en la atención integral de las personas con dependencia funcional, en pro de permitir el acceso, oportunidad, seguridad y continuidad en la atención de los servicios de salud de esta población, disminuyendo las barreras acceso en salud y todo tipo de discriminación.

La presente propuesta está articulada con el Sistema Distrital de Discapacidad y con el Sistema Distrital de Cuidado, incluida en el Plan de Desarrollo 2020 - 2024, donde se busca apostarle a una ciudad más cuidadora e incluyente, la cual permitirá mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia funcional, cuidadores, cuidadoras y voluntarios, resaltar y dignificar la labor de los cuidadores y cuidadoras y disminuir barreras de acceso a los servicios de salud.

El Proyecto de Acuerdo permite 1. generar información real de los cuidadores y cuidadoras sectorizada por cada localidad, UPZ y barrio, logrando un mayor control y seguimiento de las personas que necesitan cuidado permanente y precisa de apoyo, entendiendo la labor del cuidador con la relevancia que ésta merece. 2. Atención directa a las personas con dependencia funcional. 3. Participar en la organización, mantenimiento y unión del individuo y/o de la familia. 4. Resaltar el rol del cuidador, cuidadora o voluntario necesario en la evolución de la enfermedad y sus procesos de vulnerabilidad.

### **Discapacidad**

La Organización Mundial de la Salud - OMS, se refiere a: *“La Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”*.

Adicional a esto en La clasificación habla de funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

La nueva conceptualización que la CIF hace del término 'discapacidad' también es fundamental. Discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- Deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias).
- Limitaciones en las actividades (antes discapacidades).
- Limitaciones en la participación (antes minusvalías).

La Convención de la ONU la define como: *“La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (Convención de la ONU. 2006).

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Se puede clasificar según su tipología, se aprobó la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud', con las siglas CIF. (Organización Mundial de la Salud. 2001).

Es importante resaltar, según el Informe Mundial de la Discapacidad, de la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial el 15% de la población mundial vive con discapacidad, es decir entre 110 y 190 millones de personas en el mundo. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. Los países de ingreso alto registran una prevalencia de la discapacidad moderada y grave de 3,2, en comparación con países de ingreso bajo y mediano en las Américas fue de 3,1.

Por otro lado, el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia entre 2013 y 2018 las personas con discapacidad fueron 1.475.696, distribuidas de la siguiente manera:

- 49,4% hombres 723.881
- 50,6% mujeres 742.043
- 0,17%, 2.565 no se dispone de información de sexo.

Como dato de resaltar se encontró que el 19,0% es decir 278.556 de las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más y le siguen el grupo de edad de 60 a 64 con el 7,0% 102.124, confirmando que las alteraciones con mayor auto reporte corresponden al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,81%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,16%. (OMS, 2020).

## **El cuidado**

“El cuidado es una acción que se concreta a partir de relaciones, es una acción entre seres vivos. Todos cuidan y son cuidados” (Kuerten, Lenise do Prado, & De Gasperi, 2009). Partiendo de esta premisa todos, somos seres que han cuidado y que hemos cuidado o generado una acción de cuidado a otra personas, es una necesidad humanada de reciprocidad, pero también es importante precisar que cualquier persona no está exenta de poder ser cuidada ya sea por su condición física o por haber adquirido o presentado una discapacidad y es ahí donde se resalta el papel bien importante de un cuidador en la vida de las personas, ahora “Una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales)” (Fornés Vives, 2003); quien asumen este rol muchas veces deja las actividades que antes desarrollaba de forma frecuente; hay situaciones en las que las personas (cuidadores) empiezan a generar estrés e incertidumbres asociadas a enfermar y a cuidar a quien se enferma.

El cuidado es una característica común de todos los seres vivos. Por consiguiente, el cuidado humano se reconoce como un concepto universal, inherente a la humanidad. Heidegger, el filósofo por excelencia del cuidado, reconoce que éste es “una constitución ontológica, siempre subyacente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace”.<sup>1</sup> Por otro lado, algunos conceptos de la vida nos hacen reflexionar necesariamente sobre el cuidar de sí mismo y el cuidar de otros, como fenómeno existencial de la persona, al considerar que es inmanente a la vida misma, de ahí la razón por la que todo ser vivo con rostro humano a través de su evolución, ha tenido la necesidad de realizar acciones protectoras para cuidar de sí y cuidar a los demás”.<sup>2</sup>

---

(Guevara. B , 2014, pág. 1)<sup>1</sup>

<sup>2</sup> (Guevara. B , 2014, pág. 17)

Por otro lado, el cuidado se relaciona con el actuar del buen samaritano, “Un hombre descendía de Jerusalén a Jericó, y cayó en manos de ladrones, los cuales le despojaron; e hiriéndole, se fueron, dejándole medio muerto, que iba de camino, vino cerca de él, y viéndole, fue movido a misericordia; y acercándose, vendó sus heridas, echándoles aceite y vino; y poniéndole en su cabalgadura, lo llevó al mesón, y cuidó de él (Reina Valera, 1960)”. Esta actitud manifiesta que desde años atrás hemos visto el valor del cuidado, reconociendo referentes que nos llevan a entender que esta labor del “cuidado”, no se trata de nosotros sino de los otros, es sinónimo de servicio, sacrificio y dedicación, de amor al prójimo como a nosotros mismos.

El cuidador *“Es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria”* (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras. 2016).

### **Tipos de Cuidadores:**

- **Personas cuidadora familiar:** “Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria”.
- **Persona Cuidadora Informal:** “Es aquella persona que no tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado y no tiene formación para el cuidado, puede ser una labor remunerada o no”.
- **Persona Cuidadora formal:** “Es aquella persona que tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado”. (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016).

*¿Qué es una persona sujeta de cuidado? “ Quien presenta dependencia funcional permanente, por razones de salud, discapacidad y/o edad”* (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción. 2016).

*¿Qué es la dependencia funcional? Es “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras. 2016).

Es importante tener en cuenta que tanto la población con discapacidad como sus cuidadoras o cuidadores se aumentan día por día; debido al envejecimiento demográfico en el que se encuentra Bogotá y Colombia, y el número de adultos mayores, esto conlleva al cambio en sus condiciones mentales y físicas, y de esta forma a la incapacidad funcional.

### **Envejecimiento y Vejez**

*“La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se enmarca en cuatro aspectos conceptuales de gran trascendencia en los compromisos del Estado: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral”* (Salud, 2007)

*“El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades,*

*mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” (Ministerio de Salud, 2007 ).*

#### 4. ALCANCE DE LA INICIATIVA Y DEMÁS CONSIDERACIONES

##### El contexto Distrital

Según el Sistema Distrital de Cuidado, esta labor se divide de la siguiente manera: cuidado directo, el cual comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo la supervisión y formación de los niños (trasladó al colegio y ayuda al desarrollo de tareas escolares); ancianos, enfermos y personas con discapacidad, así como de los animales domésticos y cuidado indirecto, el cual hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza, mantenimiento del hogar, del vestido; al igual que la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas. Incluye además la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, las reparaciones al interior del mismo y otras funciones.

En la actualidad, Bogotá tiene identificadas 227.450 personas con discapacidad, de las cuales el 58% son mujeres y 42% son hombres, según datos preliminares obtenidos a través del proceso de Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. (Min. Salud. 2019).

Por otro lado, hay 1.250 adultos mayores de 70 años que viven solos, pero que, a pesar de no tener a sus familiares cerca, cuentan con el apoyo y la compañía diaria de la Secretaría de Integración Social, del total de 881.039 adultos mayores que hay en Bogotá.

Según estudio realizado por la Universidad Nacional en el año 2015, se realizó una caracterización de los cuidadores que hasta esta fecha tenía el distrito por localidad, reflejando un total de 2557, en las localidades de Usaquén 122, Chapinero 93, Santafé 135, San Cristóbal 256, Usme 218, Tunjuelito y Bosa 320, Kennedy 248, Fontibón 95, Engativá 191, Suba 195, Barrios Unidos 64, Teusaquillo 11, Mártires 71, Antonio Nariño 47, Puente Aranda 112, Candelaria y Rafael Uribe 72, Ciudad Bolívar 297 (Universidad Nacional, 2015).

Estos datos nos permiten validar las localidades en donde se encuentran no solo por extensión geográfica y cantidad de población un mayor número de cuidadores, lo que contribuirá en tener una mayor claridad en la creación y articulación de redes de cuidado y las necesidades propias de cada localidad.

Por otro lado, según El Sistema Distrital de Discapacidad el Consejo Distrital de Discapacidad, y en el marco de la Política Pública, tiene dos propósitos:

- **La Inclusión Social:** conlleva a una cultura que promocióne, reconozca, garantice o restituya los derechos y que promocióne, reconozca y garantice los deberes de las personas con discapacidad y sus familias, entendidas estas como ciudadanos y ciudadanas. La inclusión social implica acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones que determinan la desigualdad. Implica también, reconocer y hacer uso de los recursos conceptuales, técnicos y metodológicos que contribuyen a reconstruir los lazos sociales y culturales para disfrutar de la vida y de la ciudad.
- **La calidad de vida con dignidad:** conlleva la búsqueda del bienestar de las personas con discapacidad – PCD -, sus familias, cuidadoras y cuidadores, mediante la satisfacción

de necesidades que permitan conseguir una vida digna y libre desde las perspectivas: humana, social, económica, cultural y política.

Los servicios prestados por el Sistema serán brindados por el Estado, el sector privado y el sector comunitario, bajo un modelo de corresponsabilidad, con el fin de:

- a) Fortalecer y ampliar la oferta de servicios de cuidado para la atención a la población con mayores niveles de dependencia funcional, incluidos los de la atención para la primera infancia, para la población con discapacidad, para la vejez y los relacionados con apoyos alimentarios.
- b) Desarrollar una estrategia que valore y resignifique el trabajo de cuidado, implementando procesos de empoderamiento para cuidadoras y cuidadores, a través de servicios de reposo y recreación, y espacios de formación y homologación, incluyendo a las adultas mayores que ejercen el rol de cuidadoras, líderes comunitarias, cuidadoras de animales.

### **IMPACTO FISCAL**

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

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

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

Cordialmente,

**MARCO ACOSTA RICO**  
Concejal y Vocero de bancada  
Partido Colombia Justa Libres

**EMEL ROJAS CASTILLO**  
Concejal de Bogotá  
Partido Colombia Justa Libres.

**PROYECTO DE ACUERDO No. 213 DE 2021**

**PRIMER DEBATE**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN ACCIONES INTERSECTORIALES QUE FORTALEZCAN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, CUIDADORES, CUIDADORAS Y VOLUNTARIOS EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

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

**ACUERDA:**

**ARTICULO 1. OBJETO.** Establecer acciones intersectoriales que fortalezcan la atención de las personas con dependencia funcional, de sus cuidadores, cuidadoras y voluntarios, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de esta población en el Distrito Capital.

**ARTÍCULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN.** La Secretaría de Integración Social deberá crear la base de datos y/o registro de las personas con dependencia funcional.

**ARTÍCULO 3. ATENCIÓN INTEGRAL.** La Administración Distrital, acorde con las competencias de cada entidad, deberá implementar acciones establecidas para fortalecer la atención integral de personas con dependencia funcional, se llevarán a cabo por medio de la creación y articulación de las redes de apoyo de cuidado por localidad, UPZ y barrios, de manera articulada con las manzanas de cuidado y las unidades móviles de servicios del cuidado, de que trata el Sistema Distrital de Cuidado contenido en el Plan Distrital de Desarrollo y las normas que lo reglamenten.

**Parágrafo.** La Secretaría de Integración Social será la encargada de crear y activar la red de apoyo al cuidado, por medio de la organización de cuidadores, cuidadoras y voluntarios, para las personas con dependencia funcional, las cuales serán organizadas de acuerdo a las necesidades propias de cada localidad.

**ARTÍCULO 4. CUIDADOR FAMILIAR.** La Secretaría de Integración Social llevará a cabo la organización y puesta en marcha de un programa que permita fortalecer e incentivar el cuidado directo realizado por un familiar, en concordancia con la Ley 33 de 2009 y demás disposiciones vigentes y concordantes o las que la modifiquen adicionen o revoquen.

**ARTÍCULO 5. EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS.** La Secretaria Distrital de Salud en coordinación con la Secretaria de Integración Social y de la Mujer, conformarán equipos interdisciplinarios para la atención de personas con dependencia funcional que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y/o extrema pobreza, con el fin de brindarles apoyo para tener acceso en la prestación de servicios de salud, participación social, recreación y protección, evitando la discriminación social para este tipo de población.

**Parágrafo.** La Secretaria Distrital de Salud en coordinación con la Secretaria de Integración Social y de la Mujer implementará un programa de Voluntarios para apoyar las labores de los equipos interdisciplinarios.

**ARTÍCULO SEXTO: Vigencia.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

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



**PROYECTO DE ACUERDO No. 214 DE 2021****PRIMER DEBATE**

**“POR EL CUAL SE DICTA EL MARCO NORMATIVO NECESARIO PARA QUE EL DISTRITO CAPITAL FORMULE, DESARROLLE, ADOpte Y EJECUTE UNA POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC, TENDIENTE A GARANTIZAR LA PRESTACIÓN Y EL ACCESO PROGRESIVO AL SERVICIO DE INTERNET PARA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN BOGOTÁ D.C. QUE PERTENEZCA A LOS ESTRATOS 1, 2 Y 3”**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS****I. OBJETO.**

El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el marco normativo necesario para que la Administración Distrital formule, desarrolle, adopte y ejecute una Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, tendiente a garantizar la prestación y el acceso progresivo al servicio de internet para la población residente en Bogotá D.C. que pertenezca a los estratos 1, 2 y 3.

A efectos de dar cumplimiento a dicho objeto, la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través de la Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en articulación con la Comisión Distrital de Transformación Digital, la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico y demás entidades competentes, deberá expedir los lineamientos, directrices, estrategias e instrumentos técnicos requeridos para orientar la implementación y seguimiento de la Política Pública, de conformidad con la competencia establecida en el artículo 8° del Decreto 425 de 2016, especialmente en su numeral 1°, y demás normatividad aplicable, para lo cual se hace necesario que el Concejo de Bogotá, en el marco de su atribución de dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito, establezca el marco normativo necesario para definir los principios orientadores y enfoques que necesariamente deberá observar la Administración al momento de formular, desarrollar adoptar y ejecutar la Política Pública de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, tendiente a garantizar la prestación y el acceso progresivo al servicio de internet para la población residente en Bogotá D.C. que pertenezca a los estratos 1, 2 y 3.

**II. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA.****1. POBLACIÓN BOGOTANA CON ACCESO A INTERNET.**

De acuerdo con la Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de la Secretaría General, en comunicado emitido el 8 de junio de 2020, según la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en el año 2019 el 74.9% de hogares bogotanos contaban con acceso a

internet, de los cuales el 92% se genera a través de redes fijas<sup>3</sup>, situación que ya se adelantaba en la Encuesta Multipropósito de Bogotá - índice TIC 2017, última disponible, en donde se indicaba que el promedio de la conectividad fija en la ciudad alcanzaba el 95.8%, mientras que el índice de la conectividad móvil apenas alcanzaba un 28.9%.<sup>4</sup>

#### 4.1 ¿Cómo se conectan a internet los bogotanos?

En este aparte conviene revisar el estado de la conexión fija y móvil en los hogares que cuentan con conexión a internet en Bogotá. Se ve una mayor adopción de la conectividad fija que de la conectividad móvil, mientras que el promedio de la primera es del:

→ **95,8%**

el de la segunda es de:

→ **28,9%**

Se encuentra que ninguna de las localidades está por debajo de un índice de penetración del 93%, de hecho, en el agregado, el 95,8% de los hogares bogotanos que tienen internet, se conectan a través de tecnologías fijas, esto se traduce en:

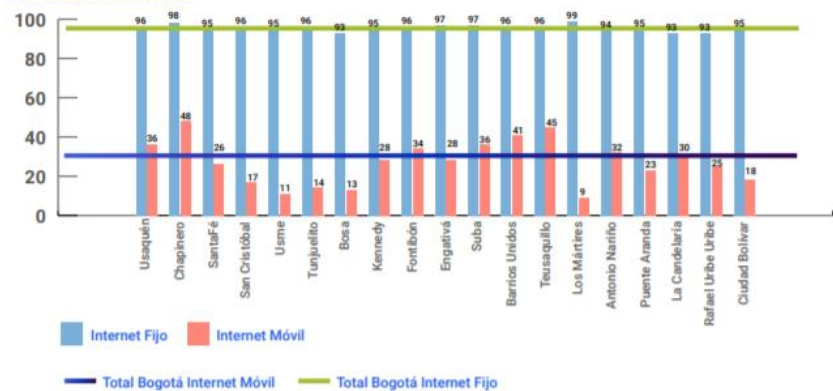
 **1.728.816**  
hogares

Asimismo, conviene mencionar el comportamiento de la localidad de Los Mártires, donde de los 22.679 hogares que tienen internet, 22.345 se conectan a través de tecnologías fijas, esto significa un:

→ **98,5%**

Uno de los principales resultados es que la variabilidad de los índices de penetración de las localidades en conectividad fija, son bastante homogéneos con respecto al promedio, caso contrario ocurre en la conectividad móvil, donde se encuentra una alta variabilidad respecto al promedio. En la Gráfica 4 se presentará la información anteriormente mencionada.

Gráfica 4. Porcentaje de hogares con conexión a internet fijo o móvil dentro del total de hogares con conexión a internet 2017



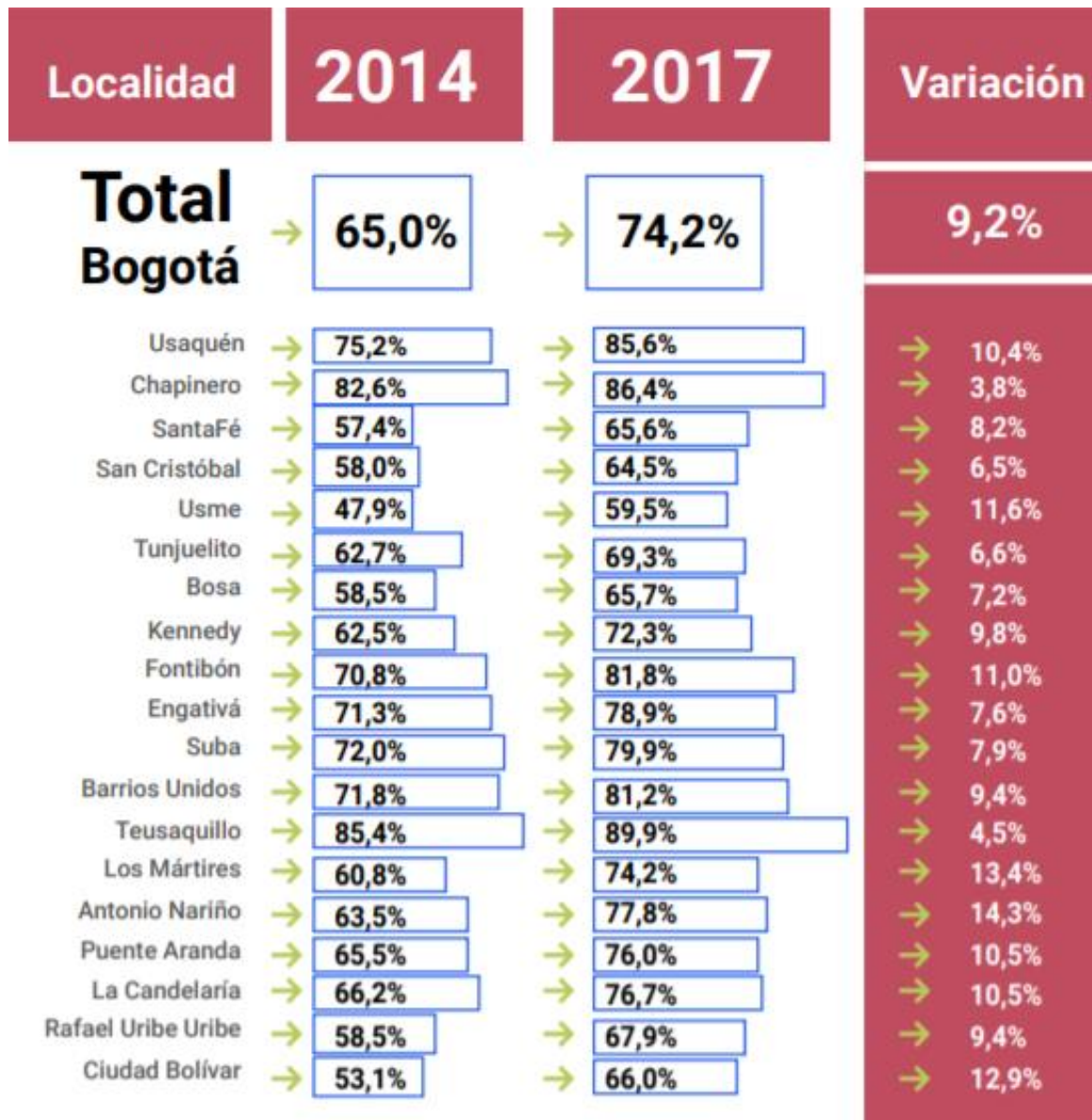
Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 9.

En condiciones normales, es decir por fuera del espectro generado por la pandemia producto del COVID-19, para 2017 aproximadamente 5.602.878 personas mayores a 5 años usaron internet en Bogotá, lo que equivale al 74.2% de la población, siendo las localidades de Usaquén, Chapinero, Fontibón, Barrios Unidos y Teusaquillo las que presentaron un uso de internet mayor al 80% en dicha población, mientras que Antonio Nariño, Los Mártires y Ciudad Bolívar no alcanzaron ni siquiera el 15%.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> <https://tic.bogota.gov.co/noticias/749-hogares-bogotanos-tienen-servicio-internet-%C2%A0>

<sup>4</sup> [https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic\\_encuestamulti.pdf](https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic_encuestamulti.pdf)

<sup>5</sup> Id.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Multipropósito 2017. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y Secretaría Distrital de Planeación - SDP. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>

Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 11.

Sin embargo, llama la atención que el 72% de dicha población ha utilizado el servicio de internet para obtener información con fines diferentes a los educativos y de aprendizaje. Así, mientras el 70.6% lo utiliza en la verificación de redes sociales y el 64.3% con fines de correo y mensajería, sólo el 36.4% de la población efectivamente lo usaba con fines de educación y aprendizaje.<sup>6</sup> Esto demuestra que bajo condiciones ordinarias (anteriores a la llegada del COVID-19), la utilización de las TIC y especialmente del internet no era prioritaria para fines educativos, situación que sufrió una variación completa a finales del año 2019 a nivel global, con un impacto evidente en Colombia y especialmente en Bogotá, como se verá más adelante.

<sup>6</sup> Id. P. 12.

Entre los principales usos que los ciudadanos le dan al internet se encuentra que el:

**72%** lo utilizan con fines diferentes a los educativos y de aprendizaje.

y el:

**70,6%** lo usa para el acceso a redes sociales.

Por otro lado, se encuentra que solamente:

**703.636**

bogotanos utilizan el internet para realizar trámites gubernamentales.

En la tabla 3, se presenta el detalle con los resultados arrojados por la encuesta.



Tabla 3. Servicios o actividad de uso de internet

Servicios o actividades de uso de internet		Habitantes	%
#	Total de personas de 5 años o más que usan internet	5.602.878	74,2%
1	Obtener información con fines diferentes a los educativos y de aprendizaje.	4.031.639	72,0%
2	Redes sociales.	3.954.704	70,6%
3	Correo y mensajería.	3.601.936	64,3%
4	Educación y aprendizaje.	2.040.223	36,4%
5	Actividades de entretenimiento.	1.813.546	32,4%
6	Consulta de medios de comunicación.	1.174.599	21,0%
7	Banca electrónica y otros servicios financieros.	1.010.700	18,0%
8	Comprar/ordenar productos o servicios.	936.646	17,2%
9	Trámites con organismos gubernamentales.	703.636	12,6%
10	Otro.	28.813	0,5%

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Multipropósito 2017. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y Secretaría Distrital de Planeación – SDP. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>.

Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 12.

En igual sentido, es importante resaltar que, según el DANE, en el Boletín Técnico de Indicadores básicos de tenencia y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación – TIC, para el caso de hogares y personas de 5 y más años de edad en 2018, el 91.9% de población dicha población bogotana utilizó internet en el hogar, de los cuáles sólo el 34.3% lo hicieron con fines de educación y aprendizaje, mientras que el 84.5% lo hicieron con fines de utilización de redes sociales.<sup>7</sup>

Tabla 10. Proporción de personas de 5 y más años de edad que usaron Internet, según sitios de uso Total nacional y por departamentos 2018

DEPARTAMENTO	En el hogar (%)	En el trabajo (%)	En la institución educativa (%)	En desplazamiento de un sitio a otro %
<b>Total Nacional</b>	<b>83,1</b>	<b>30,3</b>	<b>21,8</b>	<b>13,6</b>
Amazonas	59,4	34,5	35,1	0,6
Antioquia	85,7	31,4	19,5	17,5
Arauca	58,7	20,5	26,3	9,3
Atlántico	88,7	28,6	17,7	8,5
Bogotá, D.C.	91,9	41,6	19,2	11,5

Fuente: DANE - Boletín Técnico Indicadores básicos de tenencia y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación – TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad. 2018. P. 21.

7

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol\\_tic\\_hogares\\_departamental\\_2018.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol_tic_hogares_departamental_2018.pdf) pp. 21-23

**Tabla 12. Proporción de personas de 5 y más años de edad que usaron Internet, según actividad de uso Total nacional y por departamentos 2018**

DEPARTAMENTO	Redes Sociales (%)	Obtener Información (%)	Correo y mensajería (%)	Educación Y Aprendizaje (%)
<b>Total Nacional</b>	<b>82,2</b>	<b>59,3</b>	<b>54,1</b>	<b>34,5</b>
Amazonas	70,8	61,5	50,9	19,8
Antioquia	85,3	59,7	58,0	32,8
Arauca	75,7	46,9	25,4	29,2
Atlántico	82,1	59,9	46,7	27,0
Bogotá, D.C.	84,5	63,6	71,0	34,3

Fuente: DANE - Boletín Técnico Indicadores básicos de tenencia y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación – TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad. 2018. P. 23.

Ahora, es importante tener en cuenta que el salto tecnológico obligado al que se vio abocada la humanidad en razón a las distintas situaciones de confinamiento obligatorio que se vivieron a nivel mundial, pone de presente que los datos recogidos por la citada Encuesta Multipropósito de Bogotá - índice TIC 2017 deberán mostrar una variación sustancial en el año 2021 en relación con las razones por las cuáles los bogotanos no usaban internet, pues en ella se indica que sólo el 3.12% reportaba la existencia de problemas de conexión como razón para su inutilización, mientras que el 28.21% indicaban que la razón era falta de interés o ausencia de necesidad.<sup>8</sup>

Por ello, una conclusión sobre el uso de las TIC y en especial del servicio de internet en la ciudad de Bogotá en un escenario de “post pandemia”, tendiente a diversificar la labor institucional, es precisamente que ya no sólo se deberá fomentar una cultura TIC en la ciudadanía, en la que se busquen formas y escenarios para que las personas aprendan y entiendan los beneficios de las TIC, sino que dicha cultura deberá tener como eje la importancia del servicio como medio de acceso a otros servicios, como por ejemplo servicios institucionales, y como medio de garantía de derechos fundamentales, como la educación y la salud.

Por ello, cobra relevancia el presente proyecto de acuerdo pues la labor institucional no puede quedarse en la toma de decisiones aisladas o sectoriales que busquen fomentar la utilización de las TIC, por el contrario, es momento que el Distrito Capital formule, desarrolle, adopte y ejecute una Política Pública de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en donde observe de forma obligatoria y transversal unos principios orientadores y unos enfoques necesarios para garantizar la prestación y acceso del servicio en condiciones de igualdad material, que tenga como fin último la garantía en la prestación y acceso progresivo al servicio de internet para la población bogotana, como garantía efectiva para el acceso a todos los servicios y derechos que demanda la llamada “Cuarta Revolución Industrial”.

## 2. COMPORTAMIENTO DEL ACCESO A INTERNET EN LA POBLACIÓN RURAL.

En el Distrito Capital, junto a la localidad de Sumapaz que ostenta el mayor porcentaje de extensión territorial rural, las localidades de Usaquén, Chapinero, Santafé, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Suba cuentan con porcentajes de población que vive en áreas rurales aun cuando las mismas localidades se encuentran ubicadas dentro del caso urbano de la ciudad.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> [https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic\\_encuestamulti.pdf](https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic_encuestamulti.pdf) P. 14.

<sup>9</sup> [https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic\\_encuestamulti.pdf](https://tic.bogota.gov.co/sites/default/files/documentos/indicetic_encuestamulti.pdf)



Localidad área rural	Total Hogares	% de Hogares	Total de personas	% de personas
Total Bogotá rural	2.385	100%	8.027	100%
Usaquén	53	2,22%	199	2,48%
Chapinero	93	3,90%	289	3,60%
Santafé	108	4,53%	405	5,05%
San Cristóbal	45	1,89%	152	1,89%
Usme	832	34,88%	2.823	35,17%
Suba	494	20,71%	1.589	19,80%
Ciudad Bolívar	382	16,02%	1.338	16,67%
Sumapaz	378	15,85%	1.232	15,35%

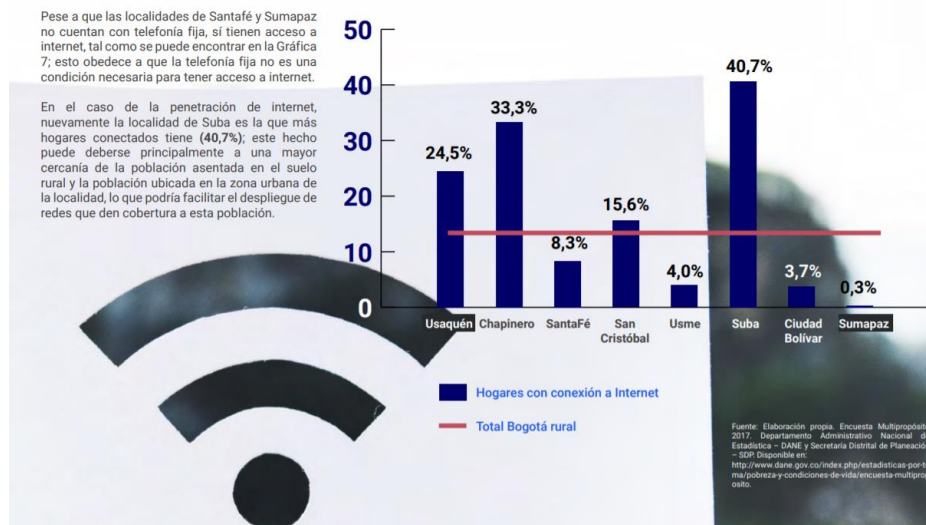
Fuente:  
Elaboración propia. Encuesta Multipropósito 2017. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y Secretaría Distrital de Planeación - SDP. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>.

Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 14.

En este escenario, el comportamiento sobre el acceso al internet es sustancialmente distinto, pues existen localidades que están por debajo del 10% de hogares con acceso a internet, como el caso de Santa fe, Usme y Ciudad Bolívar, y localidades como Sumapaz que tienen un vergonzoso 0.3%.<sup>10</sup>

### ¿Y el internet?

Gráfica 7. Porcentaje de hogares con conexión a internet en la ruralidad de Bogotá

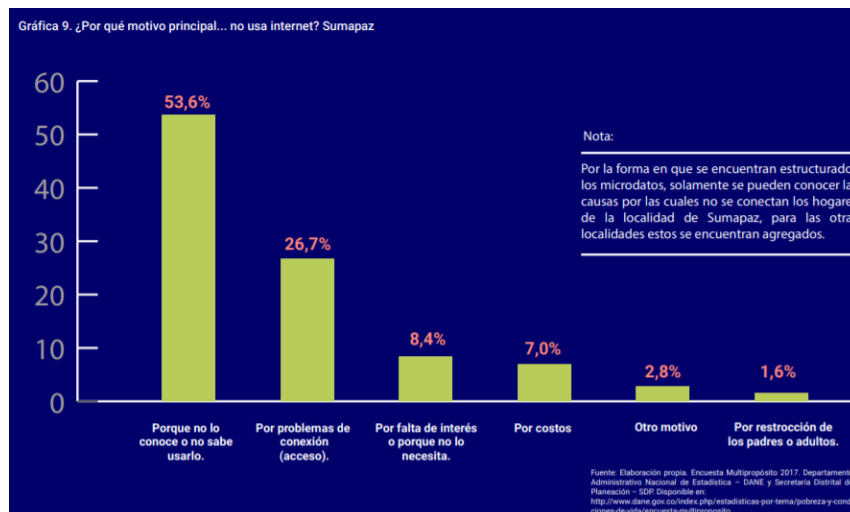


Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 16.

Sin embargo, contrario a lo revelado anteriormente en relación con los motivos por los cuáles las personas no utilizan el servicio de internet, para el caso puntual de Sumapaz es llamativo que los problemas de conexión ya no son una de las razones manifestadas por pequeños porcentajes poblacionales, sino que por el contrario se convierte en la segunda razón, con un 26.7%, superado sólo por el desconocimiento en el uso de las TIC que reporta un 53.6% de la población.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Id. P. 16.

<sup>11</sup> Id. P. 18.



Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá. Índice TIC 2017. P. 18.

Es claro entonces, que la apuesta del Distrito en materia TIC en el marco del Nuevo Contrato Social y Ambiental para el siglo XXI, pero perdurable en el tiempo como Política Pública, no puede desconocer que existe un déficit de servicios que se traducen en ausencia de tutela para la garantía de derechos fundamentales de una población que por el sólo hecho de residir en zonas rurales, alejadas del casco urbano, ven mermada sin justificación alguna la posibilidad no sólo de acceder a servicios institucionales por medio de las TIC, sino de utilizarlas como herramienta para el acceso a oportunidades educativas y laborales en el desarrollo cotidiano de su vida.

### 3. BOGOTÁ COMO TERRITORIO INTELIGENTE – PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO – ACUERDO 761 DE 2020

La estructura del Plan Distrital de Desarrollo, adoptado mediante el Acuerdo Distrital 761 de 2020, se organizó a partir de unos propósitos y logros de ciudad en virtud de los cuales se fundamentaron los metas del Nuevo Contrato Social y Ambiental para el Siglo XXI. Así, en el artículo 9 del citado Acuerdo se estableció que el Plan se encontraba cimentado en 5 propósitos y 30 logros de ciudad, dentro de los cuales destacan puntualmente 2 para el desarrollo del objeto del presente proyecto de acuerdo.

En primer lugar, el Logro de Ciudad # 27 que busca “*posicionar al Gobierno Abierto de Bogotá – GABO – como una nueva forma de gobernanza que reduce el riesgo de corrupción e incrementa el control ciudadano del gobierno*”, se enmarca en el Propósito 5 “*Construir Bogotá - Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente*”, que tiene como uno de sus objetivos lograr la implementación de proyectos de gobierno abierto y de territorios inteligentes. En segundo lugar, el Logro de Ciudad # 29 busca “*Posicionar globalmente a Bogotá como territorio inteligente (Smart City)*”, lo que dentro de su misma estructura debería contemplar acciones precisas para aumentar y mejorar el acceso a las TIC, y particularmente a internet, para toda la población bogotana a través de mecanismos de priorización y progresividad.

Sin embargo, aun cuando el citado Plan de Desarrollo contempla dentro de sus ejes estructurales una “reorganización” ciudadana a partir del uso de las TIC, no contempla una meta específica, ya sea trazadora (Art. 12) o sectorial (Art.14), que busque aumentar la cobertura de acceso a internet

para la población bogotana, ya sea bajo criterios de progresividad y priorización, o de universalidad.

Por ello, en el marco de la discusión del Plan Distrital de Desarrollo, con insistencia sugerí y propuse la necesidad de incluir una nueva meta sectorial en virtud de la cual se buscara alcanzar en el 100% de los hogares bogotanos el acceso y cobertura de internet, pues dicha situación se encontraba amparada en la columna vertebral del proyecto, lo que lamentablemente no sucedió.

Sobre el particular, vale la pena reiterar que según el diagnóstico del documento *“Bases del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 – Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”*<sup>12</sup>, sólo el 75.5% de los hogares bogotanos cuentan con acceso a internet. Por ello, no se puede pensar en establecer un sistema efectivo de Gobierno Abierto, que busque acercar a la ciudadanía a la gestión institucional por medio de las tecnologías, si toda la ciudadanía no tiene acceso previo a dichas tecnologías. Al respecto, en dicho documento se lee:

*“La Administración Distrital evidencia un débil desarrollo institucional en la adopción de estrategias tecnológicas para el acceso y uso de la ciudadanía de la información pública, la realización de trámites y el fomento de prácticas de transparencia y participación; desaprovechando que el 75,5% de los hogares capitalinos cuentan con acceso a internet y que el 96,9% posee teléfono móvil (DANE 2018)”*<sup>13</sup>

En ese sentido, dicho diagnóstico era claro en indicar que estos procesos de “democracia digital”, “gobierno abierto” y “ciber-ciudadanía”, requieren de cambios tecnológicos, interactividad, apropiación tecnológica y garantía del derecho a la información, aspectos que tienen un denominador común si se miran desde la óptica de la política social, la necesidad de garantizar un acceso universal, con énfasis en población vulnerable, de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Por ello, si bien varias metas de los referidos logros de ciudad del Plan Distrital de Desarrollo tienen que ver directamente con la creación y puesta en marcha de estrategias digitales, no se encontraba una meta puntual que hablara de la universalización del acceso a las TIC, por lo que el Plan de Desarrollo dejaba por fuera metas importantes sobre promoción de gobierno abierto, conocimiento y participación ciudadana en las decisiones distritales, en relación con aquella población que aún no tiene acceso a este servicio y que, justamente, es la misma que pasa más dificultades en términos económicos y de garantía de derechos fundamentales como la educación, salud y mínimo vital.

Por eso, si bien el propósito 5 del Plan de Desarrollo es acertado en cuanto pretende incursionar en la Alianza para el Gobierno Abierto, en aras de buscar eficacia y transparencia en el mismo, sus propósitos debían contar con herramientas útiles a través de las cuáles se puedan ejecutar, por lo que, al momento de pretender acercar el gobierno a la ciudadanía a través de los medios digitales, lo primero es asegurar que la ciudadanía más vulnerable tenga como acceder a las plataformas tecnológicas dispuestas por el gobierno.

En este sentido, habiendo pasado la oportunidad de incluir una meta clara, concreta y arriesgada pero socialmente relevante en el Plan de Desarrollo que buscara alcanzar que el 100% de

---

<sup>12</sup> Disponible para descarga en <http://www.sdp.gov.co/micrositios/pdd-2020-2024/documentos>

<sup>13</sup> Plan Distrital De Desarrollo 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” – Bases del Plan. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2020. P. 516.



hogares bogotanos tuviesen garantizado su acceso a internet, es momento entonces de que la Administración Distrital formule, desarrolle, adopte y ejecute una Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, tendiente a garantizar la prestación y el acceso progresivo al servicio de internet para toda la población residente en Bogotá D.C., siguiendo los principios orientadores y enfoques que el Concejo de Bogotá emita a través del presente proyecto de acuerdo, buscando precisamente que dicha ausencia en el Plan de Desarrollo sea superada a través de una Política Pública con vocación de permanencia, perdurable en el tiempo, que permita garantizar el acceso a internet como herramienta para la garantía de derechos fundamentales como la educación y la salud de la población más vulnerable.

En este sentido, vale la pena mencionar que según el documento resumen “Plan Bogotá Territorio Inteligente 2020-2024”, versión 1.0 de agosto de 2020, expedido por la Oficina de la Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones,<sup>14</sup> “[...] *El segundo elemento clave para cerrar la brecha digital en Bogotá es el acceso a internet por parte de los habitantes de la ciudad región. Para esto se plantea el trabajo requerido en tres frentes. En primer lugar, se debe lograr dinamizar el despliegue de infraestructura de una forma ordenada y que mejore la cobertura y calidad del servicio en toda la ciudad. En segundo lugar, es necesario asegurarla conectividad en la ruralidad, asegurando formas de acceso a internet acordes con la realidad de este territorio. Finalmente, es esencial fortalecer los esquemas de conectividad pública en todas las localidades para facilitar el acceso a internet de ciudadanos y empresas [...]*”.<sup>15</sup>

En ese sentido, es claro que la expedición de la referida Política Pública en el marco de las competencias otorgadas a la Oficina de la Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones por el Decreto 425 de 2016, particularmente en el artículo 8.1 y con la articulación interinstitucional referida en el presente proyecto, no sólo es necesaria sino que su pertinencia es observada y reconocida por el Distrito como un elemento necesario para cerrar la brecha digital en la ciudad, y en adición, para garantizar el ejercicio de derechos que cada vez más dependen del acceso a internet, como la educación y la salud, situación que quedó evidenciada con la llegada del COVID-19 y que se argumentará en el siguiente numeral.

#### **4. DEL “SERVICIO” AL “DERECHO” AL INTERNET.**

*“El mundo ha cambiado radicalmente desde el chispazo que dio origen a la comunicación digital hasta su desarrollo como la web 2.0 en la que navegamos ahora. [...] El internet ofrece un espacio en donde la sociedad se relaciona de tal manera, que no importa la nacionalidad, sino las ideas, agrupando a un gran número de personas desde su individualidad [...]”*.<sup>16</sup> Así se refieren distintas publicaciones a la revolución digital generada por la llegada del internet, que ciertamente ha cambiado la forma en la que los individuos se relacionan con el mundo.

<sup>14</sup> Disponible para descarga en <https://tic.bogota.gov.co/documentos/bogota-territorio-inteligente>

<sup>15</sup> Oficina de la Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones. Secretaría General. Alcaldía Mayor de Bogotá. “Plan Bogotá Territorio Inteligente 2020-2024”. 2020. Versión 1.0. P. 12

<sup>16</sup> <https://www.senalcolombia.tv/general/el-internet-una-revolucion-de-lo-digital-lo-real#:~:text=El%206%20de%20agosto%20de,internet%20como%20le%20conocemos%20hoy.>

En ese sentido, lo que inició siendo una novedosa forma de comunicación, que posteriormente se transformó en un servicio voluntario pero necesario para competir en igualdad de condiciones en un mundo cada vez más digitalizado, ha terminado por convertirse en un elemento esencial para la formación individual, familiar y social, en donde su acceso permite garantizar el ejercicio de derechos fundamentales, a la par que su ausencia propicia un aumento en las brechas de desigualdad.

El ejemplo perfecto de la mutación en la naturaleza del servicio de internet, dada su relevancia en la sociedad actual, es el que trajo consigo la pandemia ocasionada por el COVID-19, que, en razón a los confinamientos obligados para preservar la salubridad de las ciudades, generó una creciente demanda de utilización de TIC con el fin de permitir que la vida educativa, laboral y económica siguiera su curso, con miras a evitar los mayores perjuicios posibles en las sociedades.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, dedicó un interesante y minucioso análisis sobre el impacto generado en la educación por la llegada del COVID-19, en el cual destacó que: *“La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha provocado una crisis sin precedentes en todos los ámbitos. En la esfera de la educación, esta emergencia ha dado lugar al cierre masivo de las actividades presenciales de instituciones educativas en más de 190 países con el fin de evitar la propagación del virus y mitigar su impacto. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a mediados de mayo de 2020 más de 1.200 millones de estudiantes de todos los niveles de enseñanza, en todo el mundo, habían dejado de tener clases presenciales en la escuela. De ellos, más de 160 millones eran estudiantes de América Latina y el Caribe. [...]”*<sup>17</sup>

En materia educativa, el cierre de las clases presenciales evidenció y desnudó un problema latente en las sociedades latinoamericanas, que consiste no sólo en la ausencia de conexiones de internet en igualdad de condiciones para los ciudadanos, sino en la inexistencia de formas equitativas para acceder a dichas conexiones. En otras palabras, la inexistencia de condiciones y elementos físicos como computadores, tabletas o celulares, disponibles de forma permanente para los estudiantes, impide que se pueda garantizar un acceso real y eficaz a los contenidos educativos, especialmente para los más pequeños y vulnerables, que en algunos casos no cuentan con un celular adecuado para recibir una llamada virtual, mucho menos una clase virtual, o que teniéndolo, deben compartirlo al interior del hogar con sus hermanos, padres y demás familiares, lo que supone un obstáculo injustificado para la recepción de educación de calidad.

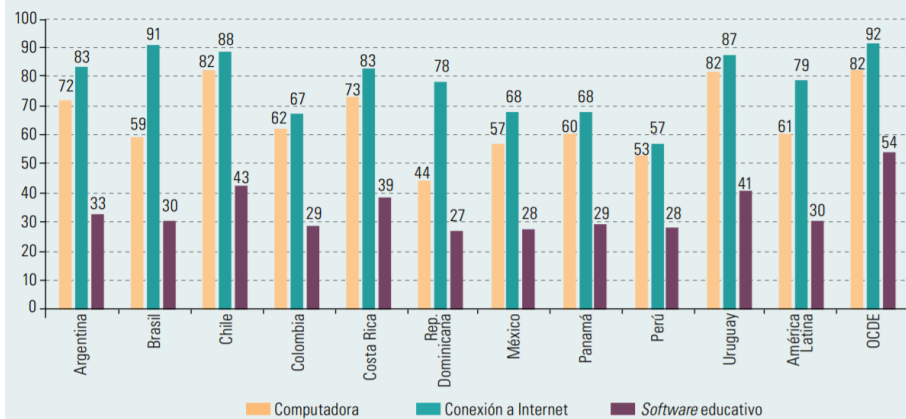
Al respecto, *“Por otra parte, en los países de la región el acceso a este tipo de dispositivos en el hogar es muy desigual. Más allá del acceso a teléfonos celulares, el dispositivo más común dentro de los hogares es la computadora portátil; en promedio, alrededor de un 57% de los estudiantes de los siete países analizados cuentan con este tipo de dispositivo en el hogar, como se puede deducir de las cifras presentadas en el gráfico 4. Pero las diferencias según condición socioeconómica y cultural son bastante significativas, en el caso de cada uno de los dispositivos. Entre un 70% y un 80% de los estudiantes del cuartil socioeconómico y cultural más alto (cuarto cuartil) cuentan con una computadora portátil en el hogar, frente a solo un 10% o un 20% de los estudiantes del primer cuartil (véase el gráfico 4). Las excepciones son Chile y el Uruguay, que cuentan con un mayor nivel de acceso a este tipo de equipamiento, en parte gracias a programas*

---

<sup>17</sup> CEPAL – UNESCO. “La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19”. Informe COVID-19. 2020. P. 1.

*públicos de provisión de dispositivos móviles. El acceso a computadoras de escritorio y tabletas es menor. Hay que tener en cuenta lo que estos niveles de acceso significan en el contexto actual, considerando que es altamente probable que varios miembros del hogar requieran acceder a un mismo dispositivo para poder continuar con sus actividades educativas o laborales [...]”.*<sup>18</sup>

**Gráfico 3 |** América Latina (10 países) y promedio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): estudiantes de 15 años que tienen acceso a equipamiento digital en el hogar, 2018 (En porcentajes)



Fuente. CEPAL–UNESCO. “La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19”. Informe COVID-19. P. 6

Similar situación observó la CEPAL en relación con el acceso a internet, en donde tienen gran incidencia las variables mencionadas anteriormente, lo que imposibilita tener un acceso adecuado a los contenidos educativos: *“El resultado de este y otros análisis previos demuestra que las formas de acceso disponibles son diversas y complejas, lo que implica que no es suficiente tener acceso a Internet, porque no todas las modalidades ofrecen las mismas oportunidades de uso y aprovechamiento, ya que estas también dependen en gran medida de la calidad de la conexión y el tipo de dispositivo (Trucco y Palma, 2020) [...]”.*<sup>19</sup>

En conclusión, las desigualdades existentes en las sociedades latinoamericanas, y en especial la bogotana, en relación con el acceso a medios tecnológicos, no sólo no permite que la brecha digital tenga al menos una tendencia a superarse, sino que en tiempos de pandemia evidenció que su influencia en la garantía de acceso a derechos fundamentales fue crucial, generando aún más desigualdad social, retrasando procesos educativos y privando a los más necesitados de atención estatal de calidad. Al respecto:

*“La desigualdad en el acceso a oportunidades educativas por la vía digital aumenta las brechas preexistentes en materia de acceso a la información y el conocimiento, lo que —más allá del proceso de aprendizaje que se está tratando de impulsar a través de la educación a distancia— dificulta la socialización y la inclusión en general. Es preciso entender estas brechas desde una perspectiva multidimensional, porque no se trata solo de una diferencia de acceso a equipamiento, sino también del conjunto de habilidades que se requieren para poder aprovechar esta oportunidad, que son desiguales entre estudiantes, docentes y familiares a cargo del cuidado y la mediación de este proceso de aprendizaje que hoy se realiza en el hogar. Por lo mismo, es central que las políticas de promoción de un acceso más igualitario a la tecnología comiencen*

<sup>18</sup> Id. P. 5.

<sup>19</sup> Id. P. 6.

*por reconocer estas diferentes dimensiones que estructuran las desigualdades sociales en la región y trabajar intencionalmente para revertirlas”.*<sup>20</sup>

Ahora, para el caso colombiano, el pasado 27 de octubre de 2020 el diario El Tiempo referenciaba que, con base en cifras del Ministerio de Educación Nacional, aproximadamente 102.000 niños y adolescentes de colegios y jardines infantiles del país habían abandonado sus estudios en medio de la pandemia.<sup>21</sup> Al respecto, del reporte oficial del Ministerio se lee: “*La Encuesta Pulso Social (DANE – EPS) permite identificar que en el 87,4% de los hogares continuaron las actividades educativas o de aprendizaje desde que se cerraron las escuelas/colegios a causa de la pandemia y en el 4,5% no continuaron estas actividades educativas. Según el sistema de matrícula SIMAT el reporte de retirados al mes de agosto es de 102.880 niñas y niños, lo que representa el 1,1% de la matrícula [...]*”.<sup>22</sup>

Es importante indicar que así el reporte del Ministerio no evidencie porcentajes altos, el simple hecho de tener que clausurar la presencialidad y optar por modelos alternativos virtuales que aúnan las brechas digitales supone una gravísima crisis educativa. Así, citando las palabras de Bernt Aasen, Director Regional de la UNICEF para América Latina y el Caribe: “*Esta es una crisis educativa sin precedentes en la historia reciente de América Latina y el Caribe [...] Nunca tantas escuelas han estado cerradas al mismo tiempo. La expansión del coronavirus COVID-19 está dejando a la gran mayoría de los niños y niñas fuera de los colegios en las próximas semanas. Si se extiende más el cierre de las escuelas, hay un gran riesgo que los niños y niñas se quedan atrás en su curva de aprendizaje y que los alumnos y alumnas más vulnerables no vuelvan a regresar a las aulas. Es vital que no dejen de aprender desde casa. Para darle continuidad a la educación de los alumnos y alumnas en sus casas, hay que usar todas las herramientas y los canales disponibles, ya sea a través de radio, televisión, internet o celulares. Solo podremos enfrentar este reto a través de un esfuerzo conjunto de los Estados, del sector privado, de los padres y de los niños y niñas*”.<sup>23</sup>

Incluso, llama la atención que aun cuando los porcentajes de deserción escolar referenciados por el Ministerio de Educación durante el 2020 no parezcan elevados, la misma cartera haya debido poner en marcha herramientas distintas a la virtualidad para buscar cubrir el déficit de cobertura de internet y herramientas digitales como computadores que tiene especialmente la población rural colombiana, como bien lo referenció el diario El Tiempo el pasado 14 de mayo de 2020: “*De los más de 2'400.000 de estudiantes de colegios rurales del país, solo el 17 por ciento de ellos tiene acceso a Internet y computador, es decir, aproximadamente 408.000 niños. En el caso de municipios rurales dispersos (aquellos con menor densidad poblacional), esta cifra es de apenas el 13 por ciento, de acuerdo con datos del Ministerio de Educación y el Icfes analizados por el Laboratorio de Economía de la Educación (LEE) de la Universidad Javeriana [...]*”<sup>24</sup>

Así las cosas, la educación y la salud, entre otros, como derechos constitucionales fundamentales que deben ser garantizados a toda la población colombiana, en especial a los niños, niñas y adolescentes, se han visto abocados a un reto mayúsculo en materia de cobertura y de garantía, pues la limitación del acceso presencial permitió evidenciar que sin internet, tabletas, computadores o celulares adecuados, el acceso a tales derechos se anulaba, lo que generaba más impactos, y más profundos, en la población más vulnerable.

<sup>20</sup> Id. P. 7.

<sup>21</sup> <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/educacion-en-colombia-mas-de-100-000-ninos-dejaron-de-estudiar-por-la-pandemia-545476>

<sup>22</sup> [https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-401634.html?\\_noredirect=1](https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-401634.html?_noredirect=1)

<sup>23</sup> <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/covid-19-mas-del-95-por-ciento-ninos-fuera-de-escuelas-America-Latina>

<sup>24</sup> <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/solo-el-17-de-los-estudiantes-rurales-tiene-internet-y-computador-495684>

Por ello, con la llamada “Cuarta Revolución Industrial”, uno de los escenarios en donde los estados, y en este caso el Distrito Capital como representante territorial del Estado colombiano, deben poner especial atención a través de la toma de medidas coherentes e idóneas para garantizar el acceso y la garantía de los derechos de la población, es el acceso igualitario, irrestricto y universal a las TIC y en especial al internet, pues de él dependieron íntegramente otros derechos como la educación y la salud en tiempos de aislamientos obligatorios, lo que supone que la concepción del internet ya no sea la de un servicio, sino la de un derecho, el derecho al internet.

### III. MARCO JURÍDICO

#### 1. CONSTITUCION POLÍTICA DE 1991.

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

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

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

**ARTICULO 20.** Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación.

Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura.

**ARTICULO 313.** Corresponde a los concejos: [...] 1. Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio. [...]

**ARTICULO 365.** Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. Si por razones de soberanía o de interés social, el Estado, mediante ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra cámara, por iniciativa del Gobierno decide reservarse determinadas actividades estratégicas o servicios públicos, deberá indemnizar previa y plenamente a las personas que en virtud de dicha ley, queden privadas del ejercicio de una actividad lícita.

**ARTICULO 367.** La ley fijará las competencias y responsabilidades relativas a la prestación de los servicios públicos domiciliarios, su cobertura, calidad y financiación, y el régimen tarifario que tendrá en cuenta además de los criterios de costos, los de solidaridad y redistribución de ingresos.

Los servicios públicos domiciliarios se prestarán directamente por cada municipio cuando las características técnicas y económicas del servicio y las conveniencias generales lo permitan y aconsejen, y los departamentos cumplirán funciones de apoyo y coordinación.

La ley determinará las entidades competentes para fijar las tarifas.

**ARTICULO 368.** La Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas podrán conceder subsidios, en sus respectivos presupuestos, para que las personas de menores ingresos puedan pagar las tarifas de los servicios públicos domiciliarios que cubran sus necesidades básicas.

## 2. MARCO LEGAL Y REGLAMENTARIO.

- 2.1. **Ley 1341 de 2009 “Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –TIC–, se crea la Agencia Nacional de Espectro y se dictan otras disposiciones” – Modificada en algunos apartes por la Ley 1978 de 2019 “Por la cual se moderniza el sector de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), se distribuyen competencias, se crea un regulador único y se dictan otras disposiciones”**

**ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS ORIENTADORES.** La investigación, el fomento, la promoción y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones son una política de Estado que involucra a todos los sectores y niveles de la administración pública y de la sociedad, para contribuir al desarrollo educativo, cultural, económico, social y político e incrementar la productividad, la competitividad, el respeto a los Derechos Humanos inherentes y la inclusión social.

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deben servir al interés general y es deber del Estado promover su acceso eficiente y en igualdad de oportunidades, a todos los habitantes del territorio nacional.

Son principios orientadores de la presente ley [...]

**3. Uso eficiente de la infraestructura y de los recursos escasos.** El Estado fomentará el despliegue y uso eficiente de la infraestructura para la provisión de redes de telecomunicaciones y los servicios que sobre ellas se puedan prestar, y promoverá el óptimo aprovechamiento de los recursos escasos con el ánimo de generar competencia, calidad y eficiencia, en beneficio de los usuarios, siempre y cuando se remunere dicha infraestructura a costos de oportunidad, sea técnicamente factible, no degrade la calidad de servicio que el propietario de la red viene prestando a sus usuarios y a los terceros, no afecte la prestación de sus propios servicios y se cuente con suficiente infraestructura, teniendo en cuenta la factibilidad técnica y la remuneración a costos eficientes del acceso a dicha infraestructura. Para tal efecto, dentro del ámbito de sus competencias, las entidades del orden nacional y territorial están obligadas a adoptar todas las medidas que sean necesarias para facilitar y garantizar el desarrollo de la infraestructura requerida, estableciendo las garantías y medidas necesarias que contribuyan en la prevención, cuidado y conservación para que no se deteriore el patrimonio público y el interés general [...]

**7. El derecho a la comunicación, la información y la educación y los servicios básicos de las TIC.** <Numeral modificado por el artículo 3 de la Ley 1978 de 2019. El nuevo texto es el

siguiente:> En desarrollo de los artículos 16, 20 y 67 de la Constitución Política el Estado propiciará a todo colombiano el derecho al acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones básicas, que permitan el ejercicio pleno de los siguientes derechos: La libertad de expresión y de difundir su pensamiento y opiniones, el libre desarrollo de la personalidad, la de informar y recibir información veraz e imparcial, la **educación y el acceso al conocimiento**, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. Adicionalmente, el Estado establecerá programas para que la población pobre y vulnerable incluyendo a la población de 45 años en adelante, que no tengan ingresos fijos, así como la población rural, tengan acceso y uso a las plataformas de comunicación, en especial de Internet, así como la promoción de servicios TIC comunitarios, que permitan la contribución desde la ciudadanía y las comunidades al cierre de la brecha digital, la remoción de barreras a los usos innovadores y la promoción de contenidos de interés público y de educación integral. La promoción del acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones básicas se hará con pleno respeto del libre desarrollo de las comunidades indígenas, afrocolombianas, palenqueras, raizales y Rrom.

**8. Masificación del Gobierno en Línea.** Con el fin de lograr la prestación de servicios eficientes a los ciudadanos, las entidades públicas deberán adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el máximo aprovechamiento de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el desarrollo de sus funciones. El Gobierno Nacional fijará los mecanismos y condiciones para garantizar el desarrollo de este principio. Y en la reglamentación correspondiente establecerá los plazos, términos y prescripciones, no solamente para la instalación de las infraestructuras indicadas y necesarias, sino también para mantener actualizadas y con la información completa los medios y los instrumentos tecnológicos [...]

**10. Acceso a las TIC y despliegue de infraestructura.** <Numeral adicionado por el artículo 3 de la Ley 1978 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Con el propósito de garantizar el ejercicio y goce **efectivo de los derechos constitucionales a la comunicación, la vida en situaciones de emergencia, la educación, la salud**, la seguridad personal y el acceso a la información, al conocimiento, la ciencia y a la cultura, así como el de contribuir a la masificación de los trámites y servicios digitales, de conformidad con la presente Ley, es deber de la Nación asegurar la prestación continua, oportuna y de calidad de los servicios públicos de comunicaciones, para lo cual velará por el despliegue de la infraestructura de redes de telecomunicaciones, de los servicios de televisión abierta radiodifundida y de radiodifusión sonora, en las entidades territoriales.

**ARTÍCULO 4o. INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN EL SECTOR DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.** En desarrollo de los principios de intervención contenidos en la Constitución Política, el Estado intervendrá en el sector las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para lograr los siguientes fines: [...]

**2.** Promover el acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, teniendo como fin último el servicio universal [...]

**4.** Promover la oferta de mayores capacidades en la conexión, transporte y condiciones de seguridad del servicio al usuario final, incentivando acciones de prevención de fraudes en la red [...]

**8.** Promover la ampliación de la cobertura del servicio [...]

**ARTÍCULO 5o. LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES, TIC.** Las entidades del orden nacional y territorial promoverán, coordinarán y ejecutarán planes, programas y proyectos tendientes a garantizar el acceso y uso de la población, las empresas y las entidades públicas a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Para tal efecto, dichas autoridades incentivarán el desarrollo de infraestructura, contenidos y aplicaciones, así como la ubicación estratégica de terminales y equipos que permitan realmente a los ciudadanos acceder a las aplicaciones tecnológicas que benefician a los ciudadanos, en especial a los vulnerables y de zonas marginadas del país.

**PARÁGRAFO 1o.** Las entidades de orden nacional y territorial incrementarán los servicios prestados a los ciudadanos a través del uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. El Gobierno reglamentará las condiciones en que se garantizará el acceso a la información en línea, de manera abierta, ininterrumpida y actualizada, para adelantar trámites frente a entidades públicas, inclusive en el desarrollo de procesos de contratación y el ejercicio del derecho al voto.

**ARTÍCULO 34. CREACIÓN DEL FONDO ÚNICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.** <Artículo modificado por el artículo 21 de la Ley 1978 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> El Fondo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (FonTIC), se denominará Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [...]

El objeto del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones es **financiar los planes, programas y proyectos para facilitar prioritariamente el acceso universal y el servicio universal de todos los habitantes del territorio nacional a las Tecnologías de la Información** y las Comunicaciones, garantizar el fortalecimiento de la televisión pública, la promoción de los contenidos multiplataforma de interés público y cultural, y la apropiación social y productiva de las TIC, así como apoyar las actividades del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Agencia Nacional del Espectro, y el mejoramiento de su capacidad administrativa, técnica y operativa para el cumplimiento de sus funciones [...]

**PARÁGRAFO 1o.** Son principios del Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [...] **d) Generar incentivos para vincular al sector privado y público en general en sus iniciativas de inversión.**

**ARTÍCULO 35. FUNCIONES DEL FONDO ÚNICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.** <Artículo modificado por el artículo 22 de la Ley 1978 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> El Fondo <sic, Único> de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones tendrá las siguientes funciones:

1. Financiar planes, programas y proyectos para promover prioritariamente el acceso universal a servicios TIC comunitarios en zonas rurales y urbanas, que priorice la población pobre y vulnerable.

2. Financiar planes, programas y proyectos para promover el servicio universal a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, mediante incentivos a la oferta o a la demanda en los segmentos de población pobre y vulnerable, así como zonas rurales y zonas geográficamente aisladas [...]



6. Financiar y establecer planes, programas y proyectos que permitan masificar la apropiación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el fortalecimiento de las habilidades digitales, con prioridad para la población pobre y vulnerable.

7. Financiar y establecer planes, programas y proyectos para desarrollar contenidos y aplicaciones de interés público, con enfoque social en salud, **educación** y apropiación productiva para el **sector rural** [...]

9. Financiar planes, programas y proyectos para promover el acceso con **enfoque diferencial de los ciudadanos en situación de discapacidad** a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

10. Financiar planes, programas y proyectos para promover el acceso con enfoque diferencial de las comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [...]

23. <Numeral adicionado por el artículo 4 del Decreto Legislativo 658 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> Financiar el desarrollo de líneas de crédito, fomento y fortalecimiento de los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones, hasta tanto permanezca vigente la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19 [...]

**ARTÍCULO 38. MASIFICACIÓN DEL USO DE LAS TIC Y CIERRE DE LA BRECHA DIGITAL.** El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, revisará, estudiará e implementará estrategias para la masificación de la conectividad, buscando sistemas que permitan llegar a las regiones más apartadas del país y que motiven a todos los ciudadanos a hacer uso de las TIC.

**PARÁGRAFO.** Las autoridades territoriales implementarán los mecanismos a su alcance para gestionar recursos a nivel nacional e internacional, para apoyar la masificación de las TIC, en sus respectivas jurisdicciones.

2.2. **Ley 142 de 1994 “por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones”**

**ARTÍCULO 89. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SOLIDARIDAD Y REDISTRIBUCIÓN DE INGRESOS.** Las comisiones de regulación exigirán gradualmente a todos quienes prestan servicios públicos que, al cobrar las tarifas que estén en vigencia al promulgarse esta Ley, distingan en las facturas entre el valor que corresponde al servicio y el factor que se aplica para dar subsidios a los usuarios de los estratos 1 y 2. Igualmente, definirán las condiciones para aplicarlos al estrato 3.

Los concejos municipales están en la obligación de crear "fondos de solidaridad y redistribución de ingresos", para que al presupuesto del municipio se incorporen las transferencias que a dichos fondos deberán hacer las empresas de servicios públicos, según el servicio de que se trate, de acuerdo con lo establecido en el artículo 89.2 de la presente Ley. Los recursos de dichos fondos serán destinados a dar subsidios a los usuarios de estratos 1, 2 y 3, como inversión social, en los términos de esta Ley. A igual procedimiento y sistema se sujetarán los fondos distritales y

departamentales que deberán ser creados por las autoridades correspondientes en cada caso  
[...]

89.2. <Ver Notas del Editor> <\*Ver Notas de Vigencia, en relación con los textos subrayados> Quienes presten los servicios públicos harán los recaudos de las sumas que resulten al aplicar los factores de que trata este artículo y los aplicarán al pago de subsidios, de acuerdo con las normas pertinentes, de todo lo cual llevarán contabilidad y cuentas detalladas. Al presentarse superávits, por este concepto, en empresas de servicios públicos oficiales de orden distrital, municipal o departamental se destinarán a "fondos de solidaridad y redistribución de ingresos" para empresas de la misma naturaleza y servicio que cumplan sus actividades en la misma entidad territorial al de la empresa aportante. Si los "fondos de solidaridad y redistribución de ingresos" después de haber atendido los subsidios de orden distrital, municipal o departamental, según sea el caso, presentaren superávits, éstos últimos se destinarán para las empresas de la misma naturaleza y servicio con sede en departamentos, distritos o municipios limítrofes, respectivamente. Los repartos se harán de acuerdo a los mecanismos y criterios que establezcan las comisiones de regulación respectivas. Los superávits, por este concepto, en empresas privadas o mixtas prestatarias de los servicios de agua potable o saneamiento básico y telefonía local fija\*, se destinarán a los "fondos de solidaridad y redistribución de ingresos" del municipio o distrito correspondiente y serán transferidos mensualmente, de acuerdo con los mecanismos que establezcan las comisiones de regulación respectivas. Los superávits, por este concepto, en empresas privadas o mixtas prestatarias de los servicios de energía eléctrica y gas combustible irán a los fondos que más adelante se desarrollan en este mismo artículo [...]

89.8. <Ver Notas del Editor> <Numeral modificado por el artículo 7 de la Ley 632 de 2000. El nuevo texto es el siguiente:> En el evento de que los 'Fondos de Solidaridad y Redistribución de Ingresos' no sean suficientes para cubrir la totalidad de los subsidios necesarios, la diferencia será cubierta con otros recursos de los presupuestos de las entidades del orden municipal, distrital, departamental o nacional [...]

**ARTÍCULO 134. DEL DERECHO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.** Cualquier persona capaz de contratar que habite o utilice de modo permanente un inmueble, a cualquier título, tendrá derecho a recibir los servicios públicos domiciliarios al hacerse parte de un contrato de servicios públicos.

**2.3. Decreto Ley 1421 de 1993 “Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”.**

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

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

**2.4. Acuerdo 761 de 2020 “Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”**

**Artículo 9. Propósitos y Logros de ciudad.** El Plan Distrital de Desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI” se organiza en torno a 5 propósitos que se cumplen a través de 30 logros de ciudad mediante la articulación de acciones materializadas en programas [...]

Propósito 5. Construir Bogotá - Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente [...] Logro de ciudad 27: Posicionar al Gobierno Abierto de Bogotá – GABO – como una nueva forma de gobernanza que reduce el riesgo de corrupción e incrementa el control ciudadano del gobierno [...] Logro de Ciudad 29: Posicionar globalmente a Bogotá como territorio inteligente (Smart City) [...]

#### **2.5. Decreto 425 de 2016 “Por medio del cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.”**

**Artículo 8º.- Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones.** Corresponde a la Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones el ejercicio de las siguientes funciones:

1. Proponer y asesorar al Alcalde Mayor y a la Comisión Distrital de Sistemas (CDS) sobre las iniciativas de política distrital en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC tendientes a fortalecer la función administrativa y misional de los sectores y entidades del Distrito Capital y expedir los lineamientos, directrices, estrategias e instrumentos para orientar su implementación y seguimiento [...].

#### **IV. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ**

De conformidad con el marco jurídico expuesto anteriormente, el concejo de Bogotá ostenta competencia para expedir el marco normativo necesario para que el Distrito Capital formule, desarrolle, adopte y ejecute una Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, tendiente a garantizar la prestación y el acceso progresivo al servicio de internet para toda la población residente en Bogotá D.C., de conformidad con el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993 y el numeral 1 del artículo 313 de la Constitución Política, que le otorgan la facultad de dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.

A su vez, la Administración Distrital ostenta competencia para la formulación y adopción de la citada Política Pública, especialmente en atención a lo dispuesto en el **artículo 5 de la Ley 1341 de 2009** que dispone que las entidades del orden nacional **y territorial** promoverán coordinarán y ejecutarán planes, programas y proyectos tendientes a garantizar el acceso y uso de la población, las empresas y las entidades públicas a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones e incrementarán dichos servicios, aunado a lo dispuesto en el artículo 8.1 del Decreto Distrital 425 de 2016 que le otorga a la Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de la Secretaría General, la función de proponer y asesorar al Alcalde Mayor y a la Comisión Distrital de Sistemas (CDS) sobre las iniciativas de política distrital en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC tendientes a fortalecer la función administrativa y misional de los sectores y entidades del Distrito Capital y

expedir los lineamientos, directrices, estrategias e instrumentos para orientar su implementación y seguimiento.

Así bien, en este caso es claro que la Política Distrital pretendida permitirá fortalecer la función administrativa y misional de los sectores del Distrito, lo cual queda claro con los vastos ejemplos utilizados en la exposición de motivos relacionados con el acceso a educación y salud a través de las TIC, y en especial de internet.

## V. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”*, esta iniciativa genera un gasto adicional que puede ser atendido con recursos del presupuesto de las entidades competentes que formulen desarrollen y ejecuten la Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC. Es decir, la iniciativa puesta a consideración no afecta el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Lo anterior en concordancia con los propósitos y logros de ciudad que contempla el Plan Distrital de Desarrollo *“Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”* principalmente con el Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política. Y sus logros 1 y 5: **1. Rediseñar el esquema de subsidios y contribuciones de Bogotá para garantizar un ingreso mínimo por hogar, que reduzca los factores que afectan la equidad del ingreso de los hogares. 5. Cerrar las brechas digitales, de cobertura, calidad y competencias a lo largo del ciclo de la formación integral, desde la primera infancia hasta la educación superior y continua para la vida.**

De Acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida (ECV9 2019) realizada por el DANE el 74,9% de los hogares bogotanos cuentan con acceso a internet entre conexión fija o móvil. Sin embargo, uno de los elementos que afecta la garantía del acceso a internet es la falta de ingresos, pues el 25.1% de los hogares que no cuentan con dicho servicio generalmente tienen niveles de ingresos bajos. El acceso a una conexión de internet puede mejorar el bienestar de los ciudadanos principalmente de las poblaciones más vulnerables que han experimentado brechas de acceso y calidad de este servicio que se ha convertido en un bien de primera de necesidad con la llegada del COVID-19.

En este sentido, es un deber del Gobierno de la ciudad garantizar la ejecución de la Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC incluyendo como meta la ampliación de cobertura del servicio para el 100% de los hogares más vulnerables que habitan la ciudad. Aliviando los ingresos de las familias y disminuyendo los índices de desigualdad, reduciendo uno de los factores que afectan la equidad del ingreso (acceso a internet) y cerrando brechas digitales en tiempos de pandemia.

## VI. TÍTULO – ATRIBUCIONES – CONSIDERANDOS – ARTICULADO

**PROYECTO DE ACUERDO No. 214 DE 2021**

**PRIMER DEBATE**

***“POR EL CUAL SE DICTA EL MARCO NORMATIVO NECESARIO PARA QUE EL DISTRITO CAPITAL FORMULE, DESARROLLE, ADOpte Y EJECUTE UNA POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC, TENDIENTE A GARANTIZAR LA PRESTACIÓN Y EL ACCESO PROGRESIVO AL SERVICIO DE INTERNET PARA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN BOGOTÁ D.C. QUE PERTENEZCA A LOS ESTRATOS 1, 2 Y 3”***

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 1° del artículo 313 de la CP y por el numeral 1° del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA

**Artículo 1º. Objeto.** El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el marco normativo necesario para que la Administración Distrital formule, desarrolle, adopte y ejecute una Política Pública Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, tendiente a garantizar la prestación y el acceso progresivo al servicio de internet para la población residente en Bogotá D.C. que pertenezca a los estratos 1, 2 y 3.

**Artículo 2º. Competencia y articulación interinstitucional.** La Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través de la Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en articulación con la Comisión Distrital de Transformación Digital, la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico y demás entidades competentes, expedirá los lineamientos, directrices, estrategias e instrumentos técnicos requeridos para orientar la implementación y seguimiento de la Política Pública referida en el artículo 1° del presente Acuerdo, de conformidad con la competencia establecida en el artículo 8° del Decreto 425 de 2016, especialmente en su numeral 1°, y demás normatividad aplicable.

**Parágrafo.** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo, la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá cuenta con un plazo de doce (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente Acuerdo.

**Artículo 3º. Beneficiarios.** Serán beneficiarios de la Política Pública descrita en el objeto del presente Acuerdo los residentes de la ciudad de Bogotá pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3, debidamente caracterizados por las entidades mencionadas en el artículo 2° del presente Acuerdo. En la respectiva caracterización, la Administración Distrital deberá prestar especial atención a los principios contenidos en el artículo 4° del presente Acuerdo, en especial al Principio de Priorización.

**Artículo 4°. Principios Orientadores.** Para el cumplimiento de lo contemplado en el objeto del presente Acuerdo, además de los principios orientadores contenidos en el artículo 2° de la Ley 1341 de 2009, la Administración Distrital deberá observar los siguientes:

1. **Universalidad.** El servicio de internet es universal en cuanto deben prestarse por igual a todas las personas, sin discriminación alguna, que sean titulares de las necesidades que se busque satisfacer a través del mismo.
2. **Progresividad.** El acceso al servicio de internet debe concederse de forma gradual y progresiva, según la priorización poblacional que defina la Administración Distrital, con el fin de lograr una cobertura universal con el paso del tiempo.
3. **Principio de prohibición de regresividad.** No se permiten retrocesos en el nivel de protección y cobertura alcanzado en materia de acceso al servicio de internet en la población. De forma excepcional, las autoridades deberán que demostrar que existen imperiosas razones que hacen necesaria una acción regresiva en el desarrollo del derecho social prestacional.
4. **Priorización de destinatarios.** A efectos de caracterizar a la población destinataria de la Política Pública referida en el presente Acuerdo, la Administración Distrital priorizará la garantía de acceso a internet para personas con discapacidad y sus cuidadores, hogares con niños, niñas y adolescentes, población rural, madres cabeza de familia y, en general, población vulnerable y sujetos de especial protección constitucional.
5. **Eficiencia.** Como se deriva de la normativa constitucional y legal relativa a la prestación de servicios públicos, es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Por ello, la Administración Distrital debe velar por garantizar que la prestación del servicio de internet sea eficiente, aun cuando dicha prestación no la asuma directamente el Distrito Capital.
6. **Capacitación TIC y protección de menores.** En el desarrollo de la Política Pública referida en el presente Acuerdo, la Administración Distrital deberá contemplar un componente de capacitación y aprendizaje para el manejo responsable de las Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC, con miras a que su utilización sea provechosa para la población destinataria y no ponga en riesgo a los menores de edad frente a contenidos peligrosos.
7. **Redistribución de ingresos.** Como se deriva de la normativa constitucional y legal relativa a los servicios públicos domiciliarios, la prestación y acceso al servicio de internet conlleva la obligación tanto de los usuarios de estratos altos, comerciales e industriales, como de la Nación y entidades territoriales, de ayudar a los usuarios de estratos bajos a pagar el valor de la tarifa de los servicios que cubran sus necesidades básicas a través de subsidios y contribuciones.
8. **Concurrencia, Solidaridad, Complementariedad y Subsidiariedad.** En los términos del artículo 356 de la Constitución Política, la Administración deberá observar los principios de Solidaridad, Complementariedad y Subsidiariedad a efectos de definir los casos en los

que requiera la concurrencia de la Nación para la financiación de los gastos eventuales en que se incurra por la prestación y/o garantía de acceso al servicio de internet.

**Artículo 4°. Enfoques.** Para el cumplimiento de lo dispuesto en el objeto del presente Acuerdo, la Administración Distrital deberá aplicar los siguientes enfoques:

- 1. Enfoque de Derechos.** Para todos los efectos y atendiendo a la especial relevancia que ostenta el internet y las Tecnologías de Información y Comunicaciones TIC en el desenvolvimiento personal, familiar, social, educativo, laboral, sanitario, cultural, religioso, recreativo y prestacional de los seres humanos, el acceso al servicio de internet en condiciones de igualdad para toda la población debe ser considerado como un Derecho del que son titulares todos los seres humanos, el Derecho al acceso a internet.
- 2. Enfoque Diferencial.** En atención al principio de igualdad material, en la prestación y garantía de acceso a internet debe garantizarse su goce efectivo por parte de la población históricamente discriminada y en favor de aquellos grupos poblacionales en mayor condición de vulnerabilidad y/o sujetos de especial protección constitucional. En ese sentido, no podrá generarse discriminación alguna, retardos injustificados u obstáculos adicionales en la priorización de dicha población al momento de definir la Política Pública referida en el objeto del presente Acuerdo.

**Artículo 5°. Informe al Concejo de Bogotá D.C.** La Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá deberá presentar al Concejo de Bogotá un informe anual sobre los avances en la implementación del presente Acuerdo.

**Artículo 6°. Vigencia.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.  
Cordialmente,

**CELIO NIEVES HERRERA**  
Concejal de Bogotá D.C.

**CARLOS ALBERTO CARRILLOARENAS**  
Concejal de Bogotá D.C.

**ÁLVARO JOSÉ ARGOTE MUÑOZ**  
Concejal de Bogotá D.C.

## **PROYECTO DE ACUERDO No. 215 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.<sup>25</sup>

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.

---

<sup>25</sup> Portal SISPRO- Observatorio Nacional de Cáncer.  
[https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/info\\_general\\_cuellouterino.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/info_general_cuellouterino.aspx)



## 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.<sup>26</sup>

En 2020, fueron diagnosticadas 19,2 millones de personas y aproximadamente 9,95 millones fallecieron por causa de algún tipo de cáncer, 3,1% de los casos diagnosticados fueron cáncer cervical, mientras que la mortalidad por esta causa se elevó a 3,6%. Las regiones más afectadas son África, Melanesia, Micronesia, Asia Suroriental y América del Sur.<sup>27</sup>

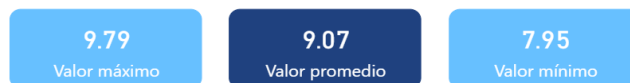
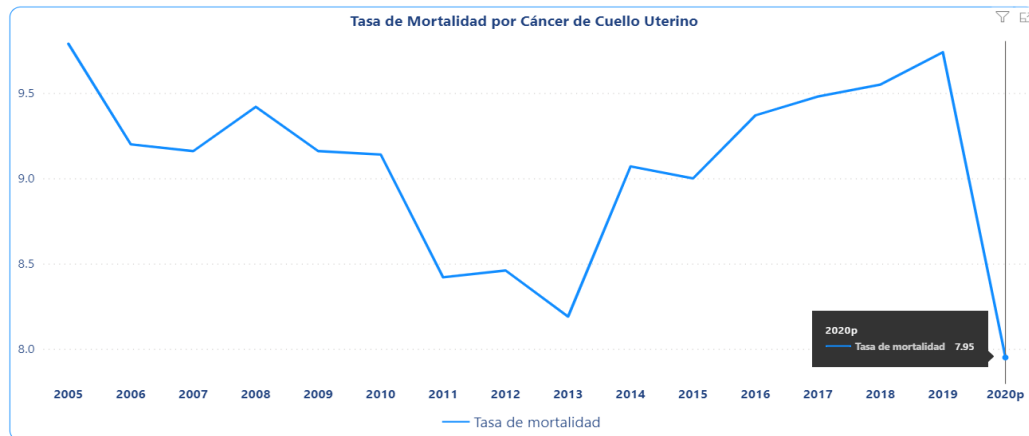
Seguimos siendo testigos de cómo mujeres de entre 40 y 50 años por desconocimiento y falta de acceso a la vacuna y a las tecnologías existentes para la prevención y de detección temprana, hoy llegan demasiado tarde, son diagnosticadas con cáncer avanzado, imposible de detener o ser tratado, y terminan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

---

<sup>26</sup> [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)

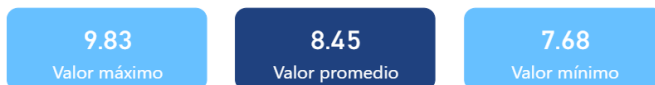
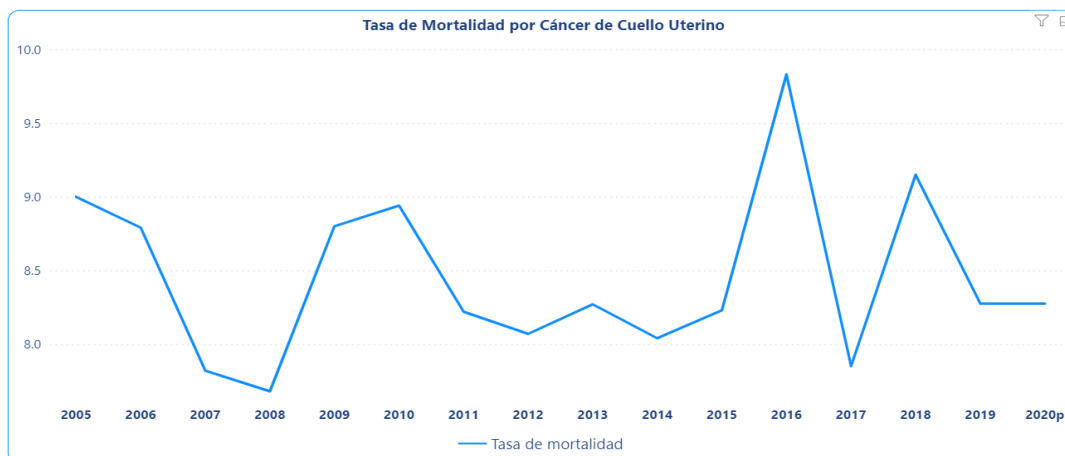
<sup>27</sup> <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>



\*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes<sup>28</sup>

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:

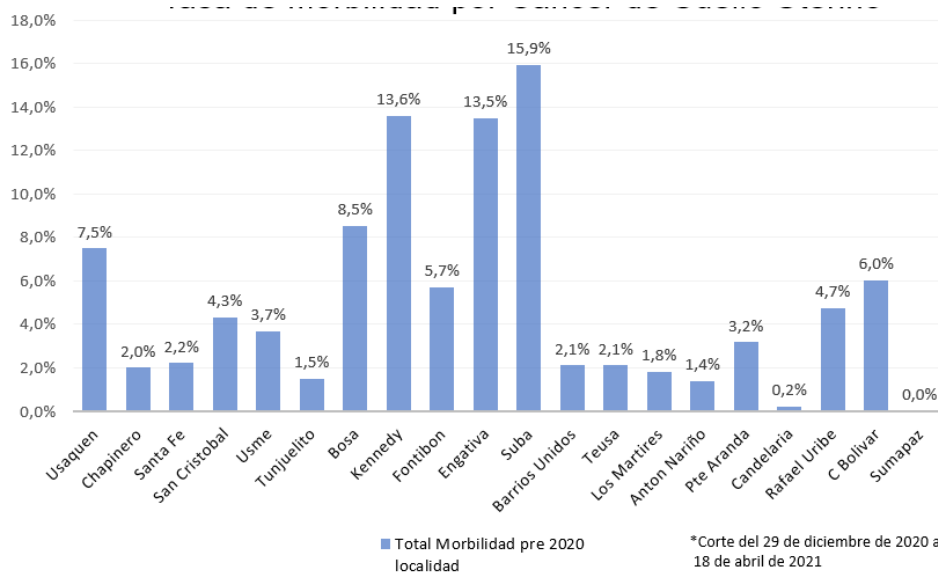
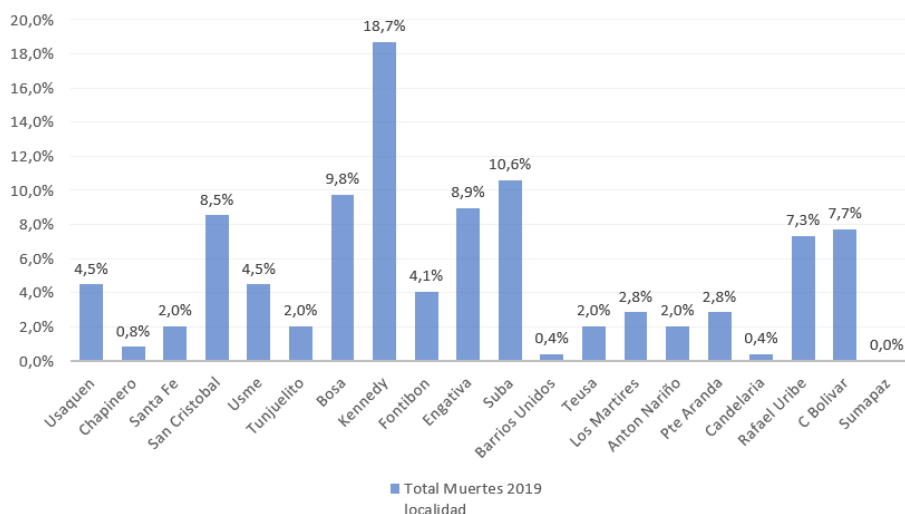


<sup>28</sup> <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>

\*El valor promedio es sobre 100.000 habitantes<sup>29</sup>

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



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

Como se observa los lugares más segregados son los que cuentan con una mayor tasa de mortalidad y de

<sup>29</sup> <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>

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 Adolescente<sup>30</sup>. Los ODS que se pretenden cumplir con el presente proyecto de acuerdo en Bogotá son:

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

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

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

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

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

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

Se centra en tres pilares principales:

1. La prevención a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano;
2. La detección y el tratamiento de lesiones precancerosas; y

---

<sup>30</sup> [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1)

3. El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo, incluido el acceso a cuidados paliativos.<sup>31</sup>

- **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:

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.”*<sup>32</sup>

<sup>31</sup> <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-acelerar-eliminacion-cancer-cuello-uterino-como-problema-mundial>

<sup>32</sup> Plan Distrital de Desarrollo, Un Nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI Programa 7

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

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

### **3.3 Estrategias y acciones afirmativas.**

- **Prevención.**

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

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

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

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

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

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

Por otra parte, la prevención incluye un factor de gran relevancia y es la realización de testeo masivo, en efecto con el COVID-19 se pudo evidenciar la eficacia de la toma de muestras masivas para la detección del virus, para el COVID el testeo es aún más difícil porque debe realizarse a todas las personas y un periodo de tiempo corto, es decir, una persona que haya

dado negativo, y al día siguiente este en contacto con alguien contagiado debe volver realizarse la prueba lo que supone una gran carga económica para el sistema.

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

La realización de pruebas de tamización es a una población objetivo clara, mujeres entre 25 y 65 años, según la resolución 3280 de 2018 las pruebas según 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 disminuyo las barreras de acceso para el tamizaje y permite que los resultados sean más expeditos. En efecto el tamizaje por este medio significa hacer un estudio por laboratorio para determinar si hay un riesgo por alguna enfermedad, en el caso del VPH es una prueba PCR, con la cual se detecta de manera temprana el virus y lesiones preneoplásicas y neoplásicas del Cuello Uterino. Como se ve la periodicidad es bastante amplia resultando en una carga ligera para el sistema de salud.

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

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

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

Por su parte, el Acuerdo 593 de 2015 en su artículo primero establece que “la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con los demás sectores de la administración y del sistema de salud y

de seguridad social, **adoptarán las medidas necesarias para la oportuna y eficiente promoción y prevención, que garantice el tamizaje, el diagnóstico, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer de cuello uterino, del cáncer de mama al 100% de las mujeres**". Consideramos que este artículo es totalmente aplicable y válido, y creemos que es susceptible de mejora en la aplicación de la resolución 3280 de 2018 y estipulando las metas del OMS.

- **Educación**

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

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

- **Promoción.**

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

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

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

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



- **Atención.**

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

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

#### **4. MARCO JURÍDICO.**

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

##### **4.1 De orden constitucional.**

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

##### **Artículo 2**

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

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

##### **Artículo 11.**

“El derecho a la vida es inviolable.”

##### **Artículo 13.**

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

##### **Artículo 48.**

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

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.”

#### **Artículo 49.**

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

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

#### **4.2 De orden legal:**

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

#### **Artículo 1.**

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

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

#### **Artículo 4.**

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

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

**Artículo 153.**

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

(...)

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

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

**Artículo 154**

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

(...)

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

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

**Artículo 166**

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

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

**Artículo 3.**

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

1. Universalidad. Todos los habitantes en el territorio nacional tendrán acceso a los servicios de salud;

2. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.

3. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia (...)

4. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en **Salud brindará atención integral en salud a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad**, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con el Plan Obligatorio de Salud...”

#### **Artículo 4.**

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

(...)

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

(...)

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

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

#### **Artículo 7.**

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

#### **Artículo 28.**

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

a) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local;  
(...)

c) Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso;

(...)

h) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial y en la administración y mantenimiento de las instituciones de salud, así como identificar las necesidades de formación y perfeccionamiento del recurso humano para el sector”

#### **Artículo 35.**

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

(...)

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

#### **Artículo 48.**

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

- **Ley 1098 de 2006**

#### **Artículo 17.**

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

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

#### **Artículo 20.**

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

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

#### **Artículo 27.**

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

(...)

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

- **Ley 1384 de 2010**, denominada “Ley Sandra Ceballos”, 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 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo”

De conformidad con lo establecido en el artículo 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**  
Concejale de Bogotá 2020-2023  
Partido Alianza Verde

---

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

---

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

---

**LUCIA BASTIDAS**  
Concejala de Bogotá 2020-2023  
Partido Alianza Verde

---

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

---

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

---

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

---

**ALVARO ARGOTE MUÑOZ**  
Concejale de Bogotá  
Partido Polo Democrático Alternativo

---

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

---

**MARÍA SUSANA MUHAMAD GONZALEZ**  
H. Concejala de Bogotá D.C.  
Colombia Humana - UP

**PROYECTO DE ACUERDO No. 215 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**  
Concejale de Bogotá 2020-2023  
Partido Alianza Verde

---

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

---

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

---

**LUCIA BASTIDAS**  
Concejala de Bogotá 2020-2023  
Partido Alianza Verde

---

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

---

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

---

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

---

**ALVARO ARGOTE MUÑOZ**  
Concejale de Bogotá  
Partido Polo Democrático Alternativo

---

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

---

**MARÍA SUSANA MUHAMAD GONZALEZ**  
H. Concejala de Bogotá D.C.  
Colombia Humana - UP

## **PROYECTO DE ACUERDO No. 216 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.”<sup>33</sup>

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.<sup>34</sup>

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

<sup>33</sup><https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/dia-internacional-salud-mujeres-jorge-basso-canelones-mortalidad-materna-casi-cero>

<sup>34</sup> [La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf](#)

países donde el aborto es ilegal, lo que lleva a las mujeres a recurrir a practicar abortos inseguros que ponen en riesgo su vida y su salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente 67.000 mujeres mueren por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es el responsable del 17% de las muertes maternas (OMS, 2000). De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (OMS, 2012)...”<sup>35</sup>

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...”<sup>36</sup> 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»**<sup>37</sup>

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...”<sup>38</sup>

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

<sup>35</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>

<sup>36</sup> <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

<sup>37</sup> <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

<sup>38</sup> <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

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 consecuencia 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".<sup>39</sup> Y pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció medidas indicando que "las Empresas

---

<sup>39</sup> ColombiaCheck; Explicador: Cómo acceder al aborto seguro en Colombia en medio de la pandemia; Laura Rodríguez Salamanca. <https://colombiachek.com/investigaciones/como-acceder-al-aborto-seguro-en-colombia-medio-de-la-pandemia>



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.”<sup>40</sup>, 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”<sup>41</sup>.

### **3.2 Plan Nacional de Desarrollo y Plan Distrital de Desarrollo.**

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

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

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

---

<sup>40</sup><https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Instituciones-Prestadoras-de-Salud-deben-continuar-con-atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

<sup>41</sup><https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/01/La-despenalizacion-del-aborto-es-el-camino-Comunicado-Profamilia.pdf>

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

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	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 morbilidad evitable por localidad Cero coordinación por localidad creadas	EE VV RU AF SIV IGI LA	Mejora de indicadores de morbilidad evitable de la población atendida, por localidad Mejoría de Indicadores de mortalidad evitable por localidad 20 Coordinaciones creadas, una por

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

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

Programas Estratégicos Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política							
No	Programas Estratégicos	N	Meta estratégica	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
3	Sistema Distrital de Cuidado	3 3	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 escuelas de padres y las redes de práctica de aprendizaje constituidas por padres, madres y	% 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

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

A todo esto, se le suma la campaña desinformación realizada en muchas ocasiones por la misma administración pública acerca 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 genero 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 pelagra 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 2º, 3º, 4º, 5º, 8º, 9º, 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**

Concejale de Bogotá 2020-2023

Partido Alianza Verde

**PROYECTO DE ACUERDO No. 216 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 implementará la Ruta Integral de Atención establecida en la resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud como un instrumento fundamental para asegurar el cumplimiento de los mandatos de la Corte Constitucional en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de la Mujer coordinarán las acciones pertinentes, orientadas 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 garantizara 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**  
Concejala de Bogotá 2020-2023  
Partido Alianza Verde

## **PROYECTO DE ACUERDO No. 217 DE 2021**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LA SENSIBILIZACIÓN, PROMOCIÓN E INVESTIGACIÓN DEL SECTOR DEL CANNABIS MEDICINAL Y COSMÉTICO, EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

##### **1. Objeto del proyecto**

La presente iniciativa propone establecer los lineamientos de una estrategia que deberá implementar la Administración Distrital en cabeza de la Secretaría de Desarrollo Económico, para sensibilizar, fortalecer capacidades, así como desarrollar investigación en innovación en el sector del cannabis medicinal y cosmético, en Bogotá.

##### **2. Justificación**

###### **2.1 Historia y usos comerciales del cannabis.**

El aprovechamiento de la planta del cannabis ha sido epicentro de controversias alrededor del mundo. El debate desde hace un par de décadas se ha venido transformando en el escenario internacional dando un salto desde el aspecto ético - moral para discutirse desde la evidencia científica.

Las múltiples aplicaciones del cannabis en la cotidianidad se remontan al año 4.000 A.C en las civilizaciones de la China e India, habiendo sido utilizado tanto con fines farmacéuticos, como para la elaboración de textiles y papel, siendo esta materia prima una parte importante de la economía de la región (Zuardi, A. W, 2006).

Inclusive, gracias a la India, hoy contamos con el mayor registro histórico documentado entorno a las usanzas del cannabis durante aquel periodo. De esta forma, se registraron actividades de carácter religioso y cultural, convirtiéndose en pieza dinamizadora y multiplicadora de su utilización. Lo anterior permitió materializar los primeros avances en el uso médico y terapéutico de la planta (Zuardi, A. W, 2006).

Así mismo, los pueblos árabes impulsaron el desarrollo y aprovechamiento con fines medicinales estableciéndose como un pilar dentro de sus procedimientos médicos, clínicos y comerciales. Con las migraciones de estos pueblos a Europa se introdujeron prácticas que fueron adoptadas por las personas nativas. Conocimientos que posteriormente se extendieron a las colonias y las comunidades asentadas en dichos territorios (Handbook of Cannabis, 2014).

Así pues, en el siglo XVIII, occidente comenzaría a destinar recursos y talento humano para la apropiación e investigación de conocimientos médicos en la Francia de Napoleón Bonaparte. Con esto, se materializaron estudios de campo detallados para tratamiento de enfermedades (Molina, M, 2008).

Más recientemente, entrado el siglo XIX, algunos extractos del cannabis eran utilizados en Estados Unidos y Reino Unido para tratar condiciones médicas relacionadas con el dolor y las

náuseas de ciertas patologías y efectos de enfermedades (Quiñones-Laveriano, D. M., & Catacora-Villasante, M, 2019).

No es sino hasta el siglo XX que en los Estados Unidos se desarrolla la legislación en contra de los múltiples usos posibles que hasta el momento se le había dado a la planta. En esa época fueron aprobadas leyes, bajo el fundamento de la lucha contra las drogas en el mundo y muy de la mano de las ideas prohibicionistas que incluso cobijaron otras sustancias como el alcohol (Helmer, J, 1975).

Hoy en el mundo un número importante de países han desarrollado políticas que buscan despenalizar los distintos usos posibles que se le pueden dar a la marihuana. Sobre todo, a partir de la década de los noventa, se han registrado varias iniciativas regulatorias que han despenalizado el uso del cannabis con fines terapéuticos que han creado condiciones legales para su acceso. Esto ha incentivado fuentes de activismo social y político que reclaman medidas regulatorias en búsqueda de la despenalización y regulación del cultivo, producción, procesamiento y/o comercialización de la planta (OEA & CICAD. 2017).

El aprovechamiento y regulación de la marihuana con fines medicinales en el hemisferio occidental se remonta a finales del siglo XX. Canadá fue pionera en establecer legislaciones favorables para su provecho económico en un proceso permeado por el debate científico que persuadió a otros países a entrar en la discusión. Así mismo, Uruguay aprobó una política más ambiciosa, en cuanto a los usos de la marihuana en un escenario de plena legalización de la planta para consumo medicinal y recreativo de sus ciudadanos adultos.

Las políticas e iniciativas de regulación de la marihuana representan hoy una alternativa directa frente al tema de lucha contra las drogas, una alternativa que se estructura bajo argumentos científicos y con evidencia suficiente para darle un lugar importante en la mesa de discusión de los países. El ejemplo de Canadá, Suiza, Australia, Inglaterra y Uruguay han visibilizado la oportunidad de la producción regulada de la marihuana, además de la innegable capacidad de generar empleos formales (MUCD. 2020).

## **2. 2 Contexto legal en Colombia**

En el apartado 3 de la presente iniciativa se presenta de forma ampliada el marco legal alrededor del proyecto. Sin embargo, en este apartado se hace un breve resumen de las normas en las que se enmarca el cultivo de cannabis con fines medicinales, la fabricación de productos derivados del cannabis, el uso de la semilla y las actividades de comercialización, almacenamiento, importaciones y exportaciones, siempre con fines medicinales y/o científicos.

Sea lo primero mencionar que, en su redacción original, el artículo 49 de la Constitución no reconocía el consumo del cannabis. Sin embargo, a partir de las modificaciones introducidas por el Acto Legislativo 02 de 2009, la Carta Fundamental permitió el porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas por prescripción médica.

A partir de esta modificación, se expidieron normas de carácter legal y reglamentario para reconocer este derecho. Puntualmente, en lo que se refiere a las normas legales, fue expedida la Ley 1787 de 2016 con la cual se dictaron los lineamientos para el cultivo, producción y acceso a productos a base de cannabis.

Ésta ley fue reglamentada mediante el Decreto 613 de 2017. Este decreto subrogó un título del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud (Decreto 780 de 2016) y dispuso las normas relativas a las licencias de producción, cultivo y fabricación de derivados, cupos de producción y comercialización de productos con cannabis.

Por último, hay dos actos administrativos más que dictan lineamientos frente a esta actividad. Primero, la Resolución 577 de 2017, que regula técnicamente la evaluación y el seguimiento de las licencias de uso de semillas para siembra y cultivo de plantas de cannabis psicoactivo y no psicoactivo. Y, segundo, la Resolución 578 de 2017, que establece el manual de tarifas correspondientes a los servicios de evaluación y seguimiento que deben pagar las personas naturales y jurídicas solicitantes de las licencias.

### **2.3 Beneficios para la salud del cannabis medicinal**

En el siglo XIX estudiosos británicos asentados en la India publicaron evidencia sólida acerca de las propiedades medicinales de la planta. Estos estudios demostraron el potencial analgésico, antiespasmódico y relajante de la planta del Cannabis, el cual se convirtió en una opción para el tratamiento de enfermedades que generan esos síntomas (Molina, M, 2008).

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, cuando se retoma la investigación científica junto con las consideraciones de jurisprudencia que regulan estos procesos, se reanudan varios estudios y se consideran de nuevo las potencialidades clínicas en la elaboración de diversos tratamientos para múltiples enfermedades. Entre ellos se encontraban padecimientos que eran tratados en gran medida con medicamentos a base de opioides, los cuales son altamente adictivos, y que vienen infligiendo un daño enorme en sus consumidores (Madrigal-Rentería, K. M, 2019).

Al contrario, el cannabis es una opción de tratamiento que no implica riesgos tan altos para los pacientes. Uno de los problemas médicos que más afectan a las personas son los relacionados con las enfermedades que generan dolores esporádicos o crónicos. Estas patologías son precisamente las que se tratan con medicamentos como los opioides que -como se explicó- generan una fuerte dependencia y aumentan los riesgos de padecer peores condiciones (Ayala, 2019).

Por otra parte, se han adelantado investigaciones para enfermedades que tienen incidencia y relación estrecha al sistema nervioso e inmunitario como la esclerosis múltiple o el VIH. Estas enfermedades pueden tener tratamiento adecuado con medicación derivada del cannabis, al ser una opción seria y con sustento científico para los fuertes síntomas de las enfermedades (Quiñones-Laveriano, D. M., & Catacora-Villasante, M. 2019).

Es así que médicos e investigadores de la Universidad de Antioquia, por ejemplo, han reconocido las bondades de esta alternativa para enfermedades como la esclerosis múltiple, la epilepsia, el aumento de apetito en pacientes con enfermedad obstructiva. Al respecto, refieren que “aunque el tema es nuevo en Colombia, los tratamientos con cannabis medicinal se han convertido en una alternativa para pacientes a quienes los medicamentos farmacéuticos no les han funcionado. Además, comentaron que cada vez hay mayores investigaciones sobre el uso terapéutico del cannabis, lo que ha permitido evaluar su efectividad”. (Semana, 2020)

### **2. 4 Contexto económico y oportunidad económica.**

#### **• Contexto económico Colombia**

De acuerdo con el Banco Mundial el impacto de la pandemia del COVID -19 ha ocasionado una contracción en la economía mundial de alrededor del 5.2%. Según el informe de Perspectivas económicas mundiales (Banco Mundial, 2020), esta podría ser “la peor recesión desde la



*Segunda Guerra Mundial, y la primera vez desde 1870 en que tantas economías experimentaron una disminución del producto per cápita”.*

En el mismo sentido, el Fondo Monetario Internacional manifestó que se proyecta una contracción de -7.8% para la economía colombiana en el 2020. De acuerdo con esta fuente, para Colombia esta situación constituye la segunda recesión que enfrenta la nación desde 1999 (momento en el que la economía se contrajo en un -4.2%. Otras instituciones como la CEPAL, advierten una contracción del -5.6% en el 2020, mientras que el Banco Mundial refiere una caída de la economía del país cercana al -4.9% (Procolombia, 2020).

En cualquier caso el panorama no es positivo para la economía colombiana, considerando que por su parte el Ministerio de Hacienda proyecta una contracción del -5-5% para el presente año (Ministerio de Hacienda, 2020).

Por otro lado, el escenario frente a la situación de desempleo tampoco es optimista. Según el DANE (2020), “[p]ara el mes de junio de 2020, la tasa de desempleo del total nacional fue 19,8%, lo que significó un aumento de 10,4 puntos porcentuales frente al mismo mes del año anterior (9,4%)”. Así mismo, de acuerdo con Fedesarrollo (2020) la tasa de desempleo durante el año oscilaría entre el 18.2% y el 20.5% durante el presente año.

De acuerdo con estudios de la Universidad de los Andes (2020), “si la crisis se extiende al punto en que incluso las empresas más grandes de los sectores afectados deban incurrir en despidos y cierres definitivos, el número de potenciales afectados se extenderá a 15 millones. Y muchas de estas pérdidas, especialmente aquellas en la formalidad, pueden extenderse en el largo plazo por la dificultad de contratación y creación de empresas en el sector formal. Según estos cálculos, el efecto de los cierres es casi tres veces tan grande como el efecto de la caída de la demanda en sectores que requieren alto contacto. Pérdidas de empleo de esta magnitud, de hacerse efectivas, implicarían un retroceso de dos décadas en la lucha contra la pobreza.”

#### • Contexto económico de Bogotá

De acuerdo con las estimaciones de la Secretaría de Hacienda de Bogotá, los efectos económicos que tendrá la pandemia del COVID - 19 en la ciudad se verán reflejados en los siguientes escenarios de crecimiento del PIB de la ciudad para el 2020:

##### **Tasa de crecimiento 2020**

<b>Base MFMP</b>	<b>3,5%</b>
COVID-19 optimista	-0,3%
COVID-19 intermedio	-4,2%
COVID-19 pesimista	-8,0%

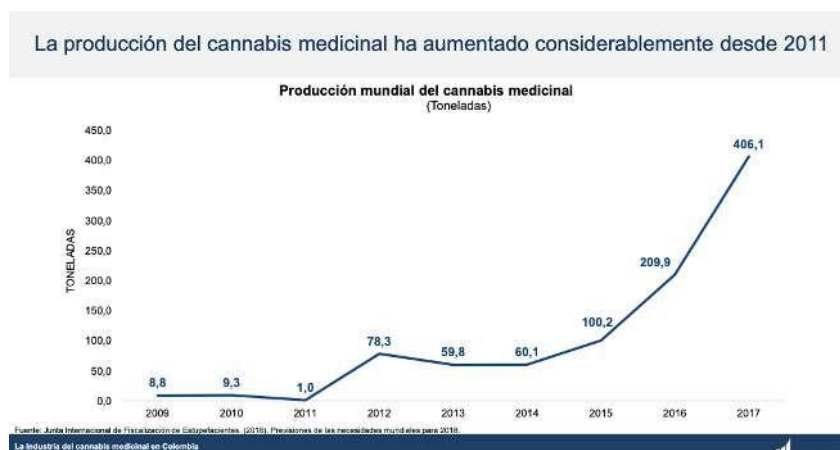
Fuente: Presentación estimativos DEEF-SDH. Cálculos realizados con base en la Matriz InsumoProducto para Bogotá.

A lo anterior, vale la pena aclarar que el escenario optimista fue proyectado para las consecuencias de un mes de aislamiento obligatorio, mientras que el escenario pesimista correspondía a tres meses de aislamiento (Secretaría de Hacienda, 2020).

En medio de una situación tan compleja para el mercado, vale la pena revisar con una mirada crítica algunos sectores que pueden configurar una oportunidad de trabajo y de crecimiento para Bogotá y la región.

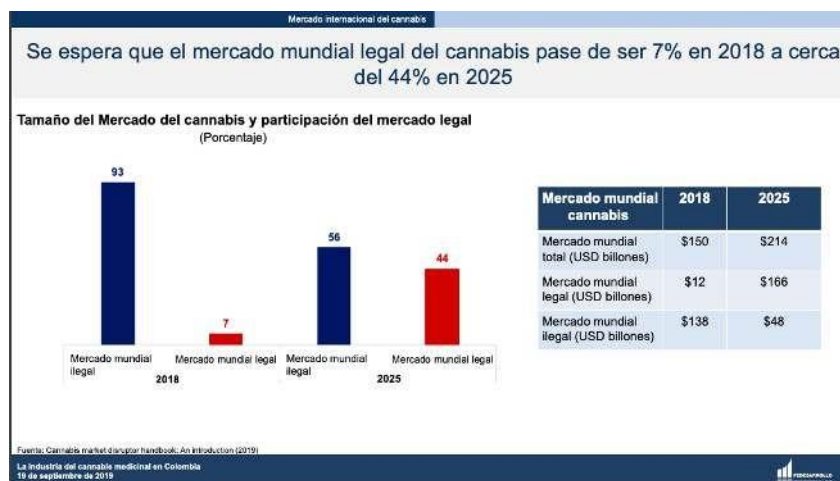
- **Oportunidad económica del mercado de cannabis legal**

Según el estudio “La Industria del Cannabis Medicinal en Colombia” de Fedesarrollo (2019), la producción de cannabis medicinal ha tenido una tendencia mundial de crecimiento desde el año 2011.



Fuente: “La Industria del Cannabis Medicinal en Colombia” (Fedesarrollo, 2019)

En el mismo sentido, el estudio evidencia que las proyecciones de crecimiento del mercado mundial del cannabis legal, posiblemente estarían pasando de un 7% en el 2018 a un mercado legal del 44% para el 2025.



Fuente: “La Industria del Cannabis Medicinal en Colombia” (Fedesarrollo, 2019)

A su vez, el estudio destaca el potencial de generación de empleo que tiene este sector. Para el 2019 podrían existir alrededor de 1.510 empleos en la industria de cannabis medicinal del país, mientras que en el 2025 esa cifra podría alcanzar los 12.031 empleos y para 2030 alrededor de 41.748 empleos.

En el aspecto económico, la proyección de mercado del cannabis medicinal es muy buena también. El estudio destaca que en 2019 se evidenció un crecimiento alrededor de los US\$12.000 millones, que para 2025 podría alcanzar US\$55.800 o incluso, con un escenario económico favorable, US\$166.000 millones. Actualmente la participación de Colombia en este mercado es de alrededor del 0.8%.



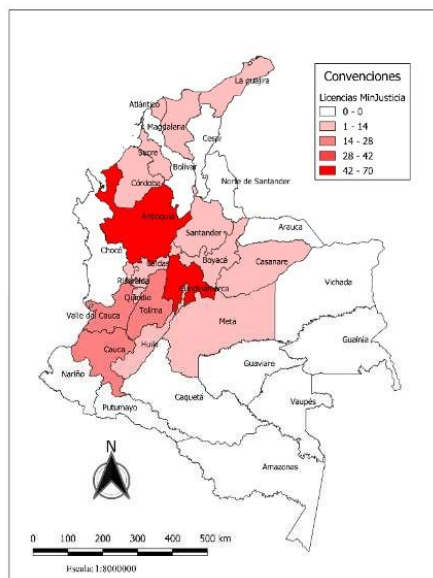
Fuente: “La Industria del Cannabis Medicinal en Colombia” (Fedesarrollo, 2019)

● **Potencial de crecimiento en la región central**

Por otra parte, cabe resaltar el potencial de crecimiento en producción de cannabis medicinal para la región central, principalmente para el departamento de Cundinamarca. Así lo señala la hoja de ruta del Plan de Negocio-Sector Cannabis, según el cual Bogotá y Antioquia serán las regiones prioritarias para el desarrollo del sector en el corto, mediano y largo plazo (Colombia Productiva, 2019).

Esto, además, se explica también a partir del número de licencias otorgadas para la producción de cannabis. De acuerdo con Fedesarrollo (2019), casi el 60% de las licencias otorgadas por el Ministerio de Justicia y del Derecho están en departamentos de la región central.

**Gráfico 1. Distribución de las licencias aprobadas por departamento.**



Fuente: “La Industria del Cannabis Medicinal en Colombia” (Fedesarrollo, 2019)

## 2.5 Apropriación del nuevo marco normativo en la fuerza pública

Otro aspecto fundamental que debe considerarse en la estructuración del presente y próximos proyectos de acuerdo en materia de cannabis medicinal, es el proceso de apropiación del marco normativo vigente por parte de los miembros de la fuerza pública. Lo anterior, teniendo en cuenta las dificultades y disyuntivas que se perciben entre lo establecido en la reglamentación y la forma en que las autoridades aplican la norma.

En Uruguay, por ejemplo, país que en 2013 reglamentó el uso medicinal y recreativo del cannabis en su territorio, fue necesario adelantar ejercicios para socializar directrices claras por parte del Ministerio del Interior a los miembros del cuerpo policial. Esto tuvo lugar en el año 2015, ya que se presentaron diferentes situaciones en las que se denunciaron exceso de competencia por parte de los uniformados.

Un ejemplo de las directrices socializadas con mayor hincapié por dicho Ministerio fueron las siguientes:

- La sola existencia de plantas de cannabis no implica una actividad ilícita  
“Si bien el cultivo que exceda las seis plantas hembra floridas está claramente proscrito por la ley, el protocolo de actuación policial del ministerio asegura que para que la policía se involucre, las alegaciones deben hacer referencia a "la existencia de alguna forma de tráfico, venta, comercio, suministro u otros ilícitos para constituir delito".
- El personal de policía no tiene autoridad para exigir ver el registro de los consumidores en el IRCCA.  
“Esto solo lo puede exigir un juez, que puede solicitar los registros directamente al IRCCA.”
- Las incautaciones o allanamientos, así como la destrucción de plantas de cannabis, solo podrán realizarse con orden judicial.  
“Esto significa que la policía no tiene la facultad exclusiva de destruir cultivos potencialmente ilícitos sin consultar a un juez.” (Ramsey, 2016)

Lo anterior no sólo ha sido consecuencia de la regulación recreativa, pues según el mismo informe arriba citado, se dieron detenciones a productores de unos tipos de cannabis que carecían del componente THC (Psicoactivo). Incluso se dieron situaciones en las que empresarios que contaban con la totalidad de licencias, tuvieron que ser testigos de la destrucción de su mercancía en un proceso irregular de policía.

Frente al caso colombiano, la Asociación Colombiana de Industrias de Cannabis Asocolcanna ha liderado diferentes espacios con productores de cannabis medicinal, para que en compañía de la fuerza pública se socialicen algunos puntos clave frente a la normativa vigente. La asociación manifestó la necesidad para las empresas de portar las licencias de cultivo o fabricación vigentes al momento de transportar sus productos. Ésta práctica reduce la discrecionalidad de la autoridad de policía y puede reducir o eliminar obstáculos impuestos por parte de las autoridades.

Del mismo modo indicó que es claro que deben tener sus documentos en orden ante el Fondo Nacional de Estupefacientes. Así mismo, es preciso informar los lugares de origen y destino de la producción y los motivos por los que está siendo transportada (Asocolcanna, 2019).

Teniendo en cuenta lo mencionado, es pertinente considerar procesos claros, en los que la reglamentación pueda ser apropiada bajo parámetros procedimentales precisos. Esto con el objetivo de que, tanto empresarios, productores, transportadores y miembros de la fuerza pública, tengan conocimiento de los derechos, responsabilidades y, en general, del marco regulatorio del cannabis medicinal en el país.

## **2.6 Investigación en el sector**

De acuerdo con la Asociación Colombiana de Centros de Investigación Clínica (ACIC), la investigación en medicina debe fortalecerse. Esto por cuanto países como Estados Unidos contaban para el 2019 con más de 9.253 estudios clínicos en proceso, en Europa se contaban con más de 6.000, mientras que en Colombia tan solo se llegaba a 106 investigaciones (Cámara de Comercio de Bogotá, 2019). Esta realidad es el reflejo de la necesidad de consolidar una investigación clínica que permita ampliar las alternativas de tantos pacientes que enfrentan enfermedades complicadas y dolorosas en el país.

Además, fortalecer la investigación clínica puede resultar provechoso para enfrentar enfermedades que apenas estamos conociendo y que son muy relevantes en el contexto actual. Aunque se trata de una investigación que apenas comienza, no deja de ser interesante el caso de la Universidad de Antioquia que en abril del 2020 anunció que sería la primera institución del país en aislar y cultivar el virus SARSCoV2 (patógeno causante de la covid-19). En este proceso la universidad abrió una convocatoria para recibir muestras de posibles compuestos que podrían ayudar a combatir el virus, donde el cannabis medicinal fue protagonista:

Los científicos de la Universidad de Antioquia tomaron muestras de los compuestos de cannabis y midieron primero el nivel de toxicidad. Esto se hace con células de animales, generalmente de cerdo (...) En este primer paso se pudo constatar que el compuesto de cannabis no afectó a las células del animal. Luego, se puso en un mismo ambiente la célula protegida con cannabis con el Sars- Cov -2. Era la prueba de fuego. Según lo expresado por la Universidad de Antioquia se presenta la inhibición. Es decir, se impidió o reprimió el efecto del virus en las células, en un porcentaje alto, lo que es muy positivo. Aunque los resultados de la investigación no son concluyentes, sí muestran avances positivos y esperanzadores (Semana, 2020)

En el mismo sentido, ya existen otras investigaciones con resultados cercanos. Al respecto, La Silla Vacía (2020) destacó el “artículo científico de un equipo que encabeza el profesor Igor Kovalchuck, de la Universidad de Lethbridge, y que indica que las cepas de cannabis que utilizan en estudios sobre la artritis, la enfermedad de Crohn y el cáncer podrían impedir que el virus entre al cuerpo”.

Aunque se destaca que estas investigaciones aún no son concluyentes, se considera fundamental para esta iniciativa mencionar que adelantos científicos como estos son muy valiosos y merecen la atención del Distrito, no solo para enfrentar el covid 19, sino para ampliar posibilidades de tratamiento ante enfermedades crónicas como el cáncer, la epilepsia y la artritis (entre otras).

Finalmente, hacemos énfasis en la importancia de fortalecer un cluster relevante más allá de su potencial económico, y considerar este sector por su potencial de permitirle a Bogotá ser un ejemplo en innovación en salud.

### 3. Antecedentes normativos – sustento jurídico

#### 3.1 Nacional

##### 3.1.1 Constitución política

- Artículo 49 de la Constitución Política.

*ARTÍCULO 49. Modificado Acto Legislativo 2 de 2009, artículo 1º. (éste declarado exequible por los cargos analizados por la Corte Constitucional en la Sentencia C-882 de 2011.). La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

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

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

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.*

*El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. (Nota: Ver Sentencia C-574 de 2011, en relación con las expresiones subrayadas.).*

*Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.*

##### 3.1.2 Legal

- Ley 13 de 1974. Por medio de la cual se aprueba la "Convención Única sobre estupefacientes", hecho en Nueva York, el 30 de marzo de 1961, y su Protocolo de Modificaciones, hecho en Ginebra el 25 de marzo de 1972.

- Ley 43 de 1980. Por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas", suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971 y se autoriza al Gobierno de Colombia para adherir al mismo.
- Ley 30 de 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones.
- Ley 67 de 1993. Por medio de la cual se aprueba la «Convención de las Naciones - Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas», suscrita en Viena el 20 de diciembre de 1988.
- Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.
- Ley 1787 de 2016. Por por medio de la cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009.
- Ley 1801 de 2016. Por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia.

### **3.1.3 Marco reglamentario nacional**

- Decreto 613 de 2017. Por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis.
- Resolución 577 de 2017. Por la cual se regula técnicamente lo establecido en el Decreto 613 de 2017 por medio del cual se reglamentó la Ley 1787 de 2016 y se subrogó el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en lo relativo a la evaluación y seguimiento a las licencias de uso de semillas para siembra, cultivo de plantas de cannabis psicoactivo y cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo.
- Resolución 578 de 2017. Por la cual se establece el manual de tarifas correspondiente a los servicios de evaluación y seguimiento que deben pagar las personas naturales y jurídicas solicitantes de licencias de uso de semillas para siembra, cultivo de plantas de cannabis psicoactivo y cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo indicadas en el Capítulo 2 del Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.
- Resolución 579 de 2017. Por la cual se establece el criterio de definición de los pequeños y medianos cultivadores, productores y comercializadores nacionales de cannabis medicinal.

### 3.1.4 Jurisprudencial

- Sentencia No. C-221/94 Despenalización del consumo de la dosis personal.
- Sentencia C-253/19 Acción de inconstitucionalidad parcial contra los Artículos 33 (numeral 2, literal c) y 140 (numeral 7), de la Ley 1801 de 2016, por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia.

### 3.2 Distrital

- Acuerdo 761 de 2020. Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 “un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”. Artículo 33. Medidas para la recuperación económica. El Distrito Capital priorizará la generación de empleos verdes, que permitan reverdecer espacios y la rehabilitación, recuperación, restauración, reforestación de la estructura ecológica principal, así como, la construcción y operación de viveros, zonas de agricultura urbana, techos verdes y jardines verticales. La generación de la estrategia distrital de economía circular permitirá generar incentivos por reincorporar los residuos a la economía. Dicha estrategia apoyará la formalización, emprendimiento y tecnología para los recicladores de oficio; la logística y generación de suelo para la reincorporación de los residuos de la construcción y demolición (RCDs) y la activación mediante estrategias de economía colaborativa para la gestión de RCDs de origen residencial. Se promoverá la alianza regional para el compostaje y uso y aprovechamiento de residuos sólidos y orgánicos, permitiendo la asistencia para pequeñas empresas gestoras para el aprovechamiento de residuos electrónicos y químicos provenientes del sector productivo, así como del sector agropecuario. Se establecerá un nuevo modelo de abastecimiento inteligente y sostenible, basado en el enfoque de la soberanía alimentaria, permitiendo las compras públicas de quienes implementen buenas prácticas agropecuarias. Así mismo, la logística de abastecimiento debe disminuir las emisiones de material particulado y gases de efecto invernadero. En el marco de la RAPE se incentivarán cadenas de abastecimiento que promuevan compra local, productos de economías campesinas y conservación de ecosistemas estratégicos, para lo cual se priorizarán aquellos que implementen innovación en la internalización de costos de transporte, operador logístico y mercadeo.

Artículo 34. Programa distrital de agricultura urbana y periurbana. Se promoverá la conformación de huertas orgánicas con prácticas agroecológicas en espacios urbanos institucionales y comunitarios, a través de la implementación de un programa distrital de agricultura urbana, periurbana y rural, articulado a los mercados campesinos, con participación de organizaciones campesinas, que a través de sus estructuras garanticen que el pequeño y mediano productor campesino aporte al intercambio cultural y a la transferencia de conocimientos ancestrales, contribuyendo al proceso de implementación en terrazas, patios de viviendas, balcones de edificios y en huertas de campesinos periurbanos. La práctica de la agricultura urbana, periurbana y rural será a través de la siembra de especies alimenticias, medicinales y condimentarias por medio de buenas prácticas agrícolas a mejorar el acceso a una alimentación sana y nutritiva que fortalezca la seguridad alimentaria de sus practicantes y garantice canales de comercialización directa sin intermediación. Formular y facilitar estrategias de asociatividad entre campesinos y campesinas productores de bienes agroalimentarios, los pequeños y medianos comercializadores del municipio y los consumidores. A estos espacios podrán



acudir en condiciones de igualdad todos los actores de la economía campesina municipal y su entorno regional. Parágrafo. Se entenderá por mercados campesinos aquellos que generen condiciones institucionales para la producción, distribución y comercialización, garantizando la seguridad alimentaria de manera equitativa por la economía y capacidad organizativa del campesinado de los municipios de la región central.

Artículo 40. Coordinación con el nivel territorial. Al ser una apuesta del presente Plan De desarrollo la integración territorial, el desarrollo de agendas conjuntas, el enfrentar las problemáticas comunes y/o compartidas de forma coordinada, y aprovechar las ventajas comparativas de nuestro territorio y de las personas que lo habitamos, se hace necesario desarrollar agendas territoriales en cuatro escalas: 1.- Escala de borde: Esto es, las relaciones territoriales entre Bogotá y los municipios del: 80 a.- Borde urbano: (20 Municipios de Cundinamarca) Mosquera, Soacha, Funza, Chía, Tocancipá, Cota, Sibaté, Cajicá, Madrid, Bojacá, El Rosal, Fusagasugá, Gachancipá, Sopó, Tenjo, Tabio, La Calera, Facatativá, Zipaquirá y Subachoque y del, b.-

Borde rural: (13 Municipios en 3 Departamentos) Ubaque, Chipaque, Une,

Choachí, Pasca, San Bernardo, Cabrera, Gutiérrez y Arbeláez

(Cundinamarca); Guamal, Cubarral y La Uribe (Meta) y; Colombia (Huila). Es importante señalar que la agenda y plan de acción conjunto en escala de borde no excluye la posibilidad e incluso la necesidad de que otras entidades o autoridades como la Corporación Autónoma, el Departamento, etc., puedan concurrir coordinadamente a atender las problemáticas o desarrollas las potencialidades que se identifiquen. 2 y 3.- Escala Regional y Subregional: que implica un relacionamiento no solo con los Municipios vecinos, sino con:

a.- El Departamento de Cundinamarca y los que integran la Región Administrativa y de Planificación Especial – RAP-E Región Central (Tolima, Huila, Meta y Boyacá) y con la RAPE misma. b.- Con los Municipios,

Departamento, y Autoridad Ambiental que integran el Comité de Integración Territorial – CIT Gran Sabana, con el CIT del que Bogotá hace parte; y en general con las diversas figuras asociativas que se adopten en el marco del territorio regional o subregional en el futuro. c.- Escala nacional: Además de desarrollar un trabajo intenso y coordinado con el nivel nacional, se debe buscar una estrategia y acciones de relacionamiento con entidades territoriales (Municipios y Distritos) que si bien distantes geográficamente comparten dinámicas comunes como las ciudades capitales integradas en Asocapitales y que en el marco del presente Plan de Desarrollo, impone en el corto plazo definir una hoja de ruta con acciones, tiempos y responsables que en un trabajo en red permita avanzar en acciones concretas de reducción de brechas y tránsito hacia entornos de desarrollo robusto en un marco de sostenibilidad ambiental, social y productiva. “

#### **4. Competencia**

La competencia del Concejo de Bogotá para dictar este tipo de normas se enmarca en lo dispuesto el artículo 313 de la Constitución Política y en el artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993, Estatuto Orgánico de Bogotá. Puntualmente, sobre esta última norma, debe destacarse:

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

1. *Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito. 3. Dotar al Distrito Capital de los Instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio, y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.*

## 6. Antecedentes

El presente texto fue radicado por primera vez en las ordinarias del mes de noviembre del 2020, y contó con las siguientes ponencias:

<b>Proyecto de acuerdo No. 394 del 2020 “Por medio del cual se establecen lineamientos para la sensibilización, promoción e investigación del Sector del cannabis medicinal y cosmético, en Bogotá y se dictan otras disposiciones”</b>	
<b>H. Concejal</b>	<b>Sentido de la ponencia</b>
H. C Edward Aníbal Arias Rubio	Positiva
H. C Diana Marcela Diago Guaqueta	Positiva con modificaciones

## 7. Impacto fiscal

En virtud del artículo 7 de la Ley 819 de 2003 “[e]n 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 esta manera, se da precisión que el presente proyecto no genera impacto fiscal, ni implica la modificación en el marco fiscal de mediano plazo. Lo anterior, teniendo en cuenta que no existirán alteraciones al presupuesto, ni se promoverán nuevas fuentes de financiamiento.

En cualquier caso, debe anotarse que esta iniciativa se enmarca dentro de los programas y metas planteadas en el Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024.

*Artículo 15: Definición de Programas. Los Programas del Plan Distrital de Desarrollo se definen a continuación, agrupados según el propósito:*

**(...) Programa 24. Bogotá región emprendedora e innovadora.** *Generar un entorno propicio en el desarrollo social, cultural y económico de Bogotá y la región que requiere la implementación de acciones estratégicas que conlleven a la sostenibilidad y productividad de los artistas, emprendimientos, organizaciones y empresas del sector cultural y creativo, con especial atención por la reactivación de este sector en la fase post-pandemia por COVID-19.*

*Priorizar estrategias virtuales que promuevan la comercialización digital, la creación de nuevos modelos de negocio y el desarrollo de soluciones que permitan mitigar el impacto*

de crisis bajo modelos de innovación; estrategias para reconocer, crear, fortalecer, consolidar y/o posicionar Distritos Creativos; impactar empresas de alto potencial de crecimiento con mayores generadores de empleo, emprendimientos de estilo de vida y PYMES con programas de aceleración, sofisticación e innovación para detonar la generación de empleo en industrias de oportunidad; e implementar el programa distrital de agricultura urbana y periurbana articulado a los mercados campesinos, para la reactivación económica.

**Programa 25. Bogotá región productiva y competitiva.** La administración distrital intervendrá en la reactivación económicamente de Bogotá afectada por la pandemia de COVID-19, para lo cual adelantará actividades que permitan preservar el empleo y el tejido empresarial y en particular de la micro, pequeña y mediana empresa, también promoverá aglomeraciones productivas y sectores de alto impacto en Bogotá región y favorecerá las mejores condiciones para una productividad sostenible; abriendo nuevos mercados comerciales para empresas con potencial exportador y atracción de eventos; actualizando para el efecto la política pública de desarrollo económico, ante la nueva situación económica y social de la ciudad, con el objeto de aumentar la productividad de unidades productivas en 6 zonas de aglomeración especializada por medio de sistemas productivos solidarios locales. La administración distrital también brindará mecanismos de financiación a emprendimientos de estilo de vida, PYMES, acompañadas en programas de apropiación y fortalecimiento de nuevas tecnologías y empresas medianas en programas de sofisticación e innovación; poniendo en marcha y fondeando un vehículo financiero de crecimiento, que permita a empresas de alto impacto en etapa de consolidación y/o aceleración, recursos que los ayuden a reinventar, crecer y consolidar sus negocios, disminuyendo su exposición a la tasa de mortalidad empresarial; fortalecer actores del sistema de abastecimiento de alimentos; promover el crecimiento Verde; organizar mercados campesinos; potenciar plazas distritales de mercado para el abastecimiento; y vincular hogares y/o unidades productivas a procesos productivos y de comercialización en el sector rural. (...)

**Artículo 33. Medidas para la recuperación económica.** El Distrito Capital priorizará la generación de empleos verdes, que permitan reverdecer espacios y la recuperación, restauración, reforestación de la estructura ecológica principal, así como, la construcción y operación de viveros, zonas de agricultura urbana, techos verdes y jardines verticales. La generación de la estrategia distrital de economía circular permitirá generar incentivos por la reincorporar los residuos a la economía. Dicha estrategia apoyará la formalización, emprendimiento y tecnología para los recicladores de oficio; la Logística y generación de suelo para la reincorporación de los residuos de la construcción y demolición (RCDs) y activación mediante estrategias de economía colaborativa para la gestión de RCDs de origen residencial.

Se promoverá la Alianza regional para el compostaje y uso de residuos orgánicos, permitiendo la Asistencia para pequeñas empresas gestoras para el aprovechamiento de residuos electrónicos y químicos provenientes del sector productivo.

Se establecerá un nuevo modelo de abastecimiento inteligente y sostenible, permitiendo las compras públicas de quienes implementen buenas prácticas agropecuarias. Así mismo, la logística de abastecimiento debe disminuir las emisiones de material particulado y gases de efecto invernadero.

En el marco de la RAPE se incentivarán cadenas de abastecimiento que promuevan compra local, productos de economías campesinas y conservación de ecosistemas

*estratégicos, para lo cual se priorizarán aquellos que implementen innovación en la internalización de costos de transporte, operador logístico y mercadeo.*

## **8. Conclusión**

En mérito de lo expuesto y de conformidad con el Capítulo IX del Acuerdo 741 de 2019, me permito presentar el presente proyecto de acuerdo para su trámite y aprobación.

Respetuosamente,

**JUAN JAVIER BAENA MERLANO**

Concejal de Bogotá

**CARLOS CARRILLO ARENAS**

Concejal de Bogotá

Anexos: N/A

Copia: N/A

Elaboró: Diana Parada, Asesora; Federico Molina,  
Profesional Universitario; Mateo Zúñiga, Pasante.

Revisó: Diana Parada, Asesora.

**PROYECTO DE ACUERDO No. 217 DE 2021**

**PRIMER DEBATE**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LA SENSIBILIZACIÓN, PROMOCIÓN E INVESTIGACIÓN DEL SECTOR DEL CANNABIS MEDICINAL Y COSMÉTICO, EN BOGOTÁ Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.,**

**En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,**

**ACUERDA:**

**Artículo 1. Objeto.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría de Desarrollo Económico y en coordinación con las demás entidades pertinentes, formulará una estrategia para la sensibilización y promoción del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá.

**Artículo 2. Lineamientos.** En la estrategia de sensibilización y promoción del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá se deberán tener en cuenta como mínimo los siguientes lineamientos:

- a. Establecer un espacio de participación con los diferentes actores de la cadena de producción y comercialización que tenga en cuenta la normatividad existente a nivel nacional para su producción comercialización y transformación.
- b. Promover la generación de capital para las Pymes y Mipymes del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá, tales como capital semilla, ventures de capital, entre otros.
- c. Promover alianzas estratégicas a nivel nacional conducentes a la bancarización y acceso al crédito para las Mipymes del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá.
- d. Promover el fortalecimiento de las competencias de las Mipymes del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá, especialmente en aquellos aspectos que se identifiquen como retos para el sector (bancarización, monetización y gestión de licencias, entre otros).
- e. Promover la consolidación del cluster del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá Región, con el propósito de fortalecer canales de cooperación y coordinación entre los diferentes actores institucionales, los empresarios del sector, universidades y gremios.
- f. Fomentar, en el marco de la normatividad existente a nivel nacional para la producción comercialización y transformación del cannabis, la generación de programas para el aumento de la productividad del sector, como experiencias de ruedas de negocio, entre otras.
- g. Participar en acciones de articulación y colaboración con las entidades pertinentes del nivel distrital y nacional, para la definición de protocolos de transporte, que den claridad tanto a los empresarios del sector cannabis medicinal y cosmético, como a la fuerza pública, sobre el marco legal ya existente para el transporte de los productos e insumos de este sector.
- h. Participar en acciones de articulación y colaboración con las entidades pertinentes del nivel distrital y nacional, para la definición de protocolos de exportaciones e importaciones

en el aeropuerto de Bogotá. Con el propósito de dar claridad tanto a los empresarios del sector cannabis medicinal y cosmético, como a la fuerza pública y al operador del aeropuerto, sobre el marco legal ya existente para las exportaciones e importaciones de los productos e insumos de este sector.

**Artículo 3. Sensibilización a la fuerza pública.** La Secretaría Distrital de Seguridad y Convivencia diseñará e implementará una estrategia de sensibilización dirigida al cuerpo de la Policía Metropolitana de Bogotá, sobre el marco jurídico y los beneficios económicos, sociales y científicos, entre otros, generados por el sector del cannabis medicinal y cosmético. Así mismo proveerá de conocimientos al cuerpo de Policía, en torno al reconocimiento y diferenciación de las actividades comerciales legales e ilegales relacionadas con *Cannabis sp.*, y por tanto de los distintos procedimientos que se deben llevar a cabo en cada caso.

**Artículo 4. Sensibilización a la ciudadanía.** La Secretaría Distrital de Salud, diseñará e implementará una estrategia de sensibilización ciudadana, para difundir conocimientos sobre el marco jurídico y los beneficios económicos, sociales y científicos, entre otros, generados por el sector del cannabis medicinal y cosmético.

**Artículo 5. Enfoque regional.** La Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, y la Secretaría Distrital de Ambiente y la Región Administrativa y de Planeación Especial - RAPE, según las competencias de cada entidad y en el marco de la estrategia de sensibilización y promoción del sector del cannabis medicinal y cosmético en Bogotá, establecerá acciones que promuevan la asociatividad entre pequeños y medianos agricultores urbanos y rurales, y los pequeños y medianos comercializadores.

Con el propósito de que las acciones adelantadas en el marco de la estrategia propicien contextos de igualdad para los actores de la economía campesina municipal y del entorno regional.

**Parágrafo 1.** Crear y promover mesas de trabajo lideradas por la administración Distrital en las cuales se incluya la participación comunitaria, especialmente la de representantes campesinos de la región, con el objeto de abordar temas relacionados a usos medicinales, buenas prácticas agrícolas, comercialización y relacionamiento con actores y compradores internacionales del cannabis.

**Artículo 6. Investigación en sector salud.** La Secretaría Distrital de Salud buscará formular en el marco de alguna de sus políticas, estrategias, planes y/o programas, líneas de investigación en cannabis medicinal de Bogotá. Para tal fin, podrá actuar en coordinación con diferentes entidades del sector, como el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS).

**Artículo 7. Investigación en Sector Educación.** La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría de Educación, y con apoyo de la academia, impulsará investigaciones y estudios sobre el potencial de un cluster de cannabis medicinal y cosmético consolidado, como aportante la definición de nuevos enfoques de la lucha contra el microtráfico en Bogotá y la región.

**Artículo 8. Investigación desde la Agencia Distrital para la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología.** La Agencia Distrital para la Educación Superior impulsará proyectos de investigación científica y con fines académicos sobre cannabis medicinal, reconocidos por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación en el Distrito Capital; bajo el acompañamiento del Ministerio de Salud y el INVIMA.

**Artículo 9. Investigación para la generación de insumos en el mejoramiento de las buenas prácticas manufactureras.** La Administración Distrital en cabeza de la Secretaría de Desarrollo Económico, impulsará investigaciones con un grado de maduración avanzado que estén orientadas a la optimización de Buenas Prácticas Manufactureras (BPM) que contemplen insumos y componentes provenientes del cannabis y tenga uso en sectores de salud, cosmética y farmacéutica de Bogotá Región, con el propósito de hacerlas más competitivas de acuerdo a las experiencias que el sector tiene frente a las BPM en los mercados nacionales e internacionales. Para esto, los programas y proyectos que se generen se articularan con el CONPES Distrital 04 de 2019, con el artículo 7 del presente acuerdo y con los artículos 132 y 133 del Plan Distrital de Desarrollo, Acuerdo 761 del 2020.

**Artículo 10. Vigencia.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

## Bibliografía

- Agencia de noticias. 2017. *Primeras Pruebas De Laboratorio Para Uso Medicinal De La Marihuana*. [online] Available at: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/primeras-pruebas-delaboratorio-para-uso-medicinal-de-la-marihuana.html> [Accessed 21 August 2020].
- Asocolcanna. 2020. *Estadísticas De Licencias De Cannabis En Colombia Por MINJUSTICIA Y MINSALUD - Asocolcanna*. [online] Available at: <http://asocolcanna.org/aliadoscategory/legales/estadisticas-de-licencias-decannabis-en-colombia-por-minjusticia-y-minsalud/> [Accessed 21 August 2020].
- Ayala, M., 2019. Finanzas: La Quiebra De La Farmacéutica Responsable De La Crisis De Los Opiáceos En EEUU | América Retail. [online] America-retail.com. Available at: <https://www.americaretail.com/finanzas/finanzas-la-quiebra-de-la-farmacéutica-responsable-de-lacrisis-de-los-opiáceos-en-eeuu/> [Accessed 30 October 2020].
- Betancourt TI, de la Moneda GME, Hernández VD, et al. Cannabis en la historia, el arte y la medicina. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* . 2014;11(Suppl: 1)
- Cámara de Comercio de Bogotá (2019). *Colombia ya no se destaca en investigación clínica*. <https://www.ccb.org.co/Clusters/Cluster-Farmacéutico-Bogotaregion/Noticias/2019/Agosto-2019/Colombia-ya-no-se-destaca-eninvestigacion-clinica>
- FEDESARROLLO, & Ramírez, J. M. (2019). *La industria del cannabis medicinal en Colombia: Vol. (1st ed.)*.
- Geoff, R. (2016). *ENTENDIENDO LA REGULACIÓN Un análisis de la ley histórica sobre cannabis en Uruguay*. WHOLA HUMAN RIGHTS. <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2016/11/Entendiendo-laRegulacion-de-Cannabis-Informe-WOLA.pdf>
- Handbook of Cannabis*. (2014). Oxford Scholarship Online. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199662685.001.0001/acprof-9780199662685>
- Helmer, J. (1975). *Drugs and minority oppression*. Seabury Press.
- Madrigal-Rentería, K. M. (2019). La crisis de opioides en Norteamérica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(S1), 78-79.
- Mucd.org.mx. 2020. [online] Available at: <https://www.mucd.org.mx/wpcontent/uploads/2018/05/Pol%C3%ADticas-y-pr%C3%A1cticas-sobrecannabis-medicinal-en-el-mundo-2018.pdf> [Accessed 21 August 2020]
- OEA. (2017). Modelos de Regulación de Cannabis en las Américas. [online] Cicad.oas.org. Available at: [http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Reference/ROMANI\\_Modelos%](http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Reference/ROMANI_Modelos%20de%20Regulaci%C3%B3n%20de%20Cannabis%20en%20las%20Am%C3%A9ricas)
- Quiñones-Laveriano, D. M., & Catacora-Villasante, M. (2019). Cannabis Medicinal. *Boletín INS*, 25(9/10), 114–118



Semana. (2020). *La esperanzadora prueba que hizo la Universidad de Antioquia contra la covid-19.* <https://www.semana.com/economia/articulo/pruebacolombiana-contracovid-19-a-partir-del-cannabis/701805/>

Universidad de Antioquia (2018) El cannabis medicinal como alternativa.

[http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udeanoticia!/ut/p/z0/fY-xDs/wDER\\_haVj5VBKgLfiQEIMDAi1WZBpljCkTtuEis8nhQGxsFh39vPJBgUIKMaBLhjlMdroKyVPy9U6mxa52AmZS1Hlft5fZjvZ4ShgCo\\_EBPo1nWqAFU7DuYZoGxdH9AtMFEoP91V9eYjx7rhF2gmtAn4r3NpN1Ifdve1WQ06gggM57Jp43RcRjPT9EG03N8ZkBo76p6AU0JD-g!/](http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udeanoticia!/ut/p/z0/fY-xDs/wDER_haVj5VBKgLfiQEIMDAi1WZBpljCkTtuEis8nhQGxsFh39vPJBgUIKMaBLhjlMdroKyVPy9U6mxa52AmZS1Hlft5fZjvZ4ShgCo_EBPo1nWqAFU7DuYZoGxdH9AtMFEoP91V9eYjx7rhF2gmtAn4r3NpN1Ifdve1WQ06gggM57Jp43RcRjPT9EG03N8ZkBo76p6AU0JD-g!/)

Viguera Editores S.L.U. (2020). Breve historia sobre la marihuana en Occidente :

Neurología.com.

NEUROLOGIA. <https://www.neurologia.com/articulo/2017522#b02>

Zuardi, A. W. (2006). History of cannabis as a medicine: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(2), 153-157.

## **PROYECTO DE ACUERDO No. 218 DE 2021**

### **PRIMER DEBATE**

#### **“POR EL CUAL SE INSTITUCIONALIZA LOSJUEGOS INTERCOLEGIADOS DE BOGOTÁ D.C. Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES**

#### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

#### **I. SUSTENTO JURÍDICO DE LA INICIATIVA**

##### **1. Derecho internacional**

Con fundamento en lo acordado en la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, reunida en París en su 20ª reunión, el día 21 de noviembre de 1978, la UNESCO proclamó la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte “(...) a fin de poner el desarrollo de la educación física y el deporte al servicio del progreso humano, favorecer su desarrollo y exhortar a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales competentes, los educadores, las familias y los propios individuos a inspirarse en ella, difundirla y ponerla en práctica”.

Esta Carta fue ratificada y actualizada el 17 de noviembre de 2015<sup>42</sup> señalando en algunas de sus consideraciones lo siguiente:

(...)

*4. Haciendo hincapié en que los recursos, el poder y la responsabilidad de la educación física, la actividad física y el deporte deben asignarse sin discriminación alguna, ya sea ésta sexista o fundada en la edad o la discapacidad, o de cualquier otro tipo, a fin de superar la exclusión experimentada por los grupos vulnerable o marginados,*

(...)

*6. Reconociendo también que la educación física, la actividad física y el deporte pueden reportar diversos beneficios individuales y sociales, como la salud, el desarrollo social y económico, el empoderamiento de los jóvenes, la reconciliación y la paz,*

*7. Destacando que la oferta de educación física, actividad física y deporte de calidad es esencial para realizar plenamente su potencial de promoción de valores como el juego limpio, la igualdad, la probidad, la excelencia, el compromiso, la valentía, el trabajo en equipo, el respeto de las reglas y las leyes, la lealtad, el respeto por sí mismo y por los demás participantes, el espíritu comunitario y la solidaridad, así como la diversión y la alegría,*

(...)

---

<sup>42</sup> [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13150&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

10. Subrayando además que la educación física, la actividad física y el deporte deberían procurar promover vínculos más estrechos entre las personas, la solidaridad, el respeto y el entendimiento mutuos, así como el respeto de la integridad y la dignidad de todo ser humano,

(...)

13. Proclama que esta Carta internacional pone la educación física, la actividad física y el deporte al servicio del desarrollo humano e insta a todos y en especial a los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones deportivas, las entidades no gubernamentales, los círculos empresariales, los medios de comunicación, los educadores, los investigadores, los profesionales y los voluntarios del deporte, los participantes y su personal de apoyo, los árbitros, las familias, así como los espectadores, a adherirse a esta Carta y difundirla a fin de que sus principios puedan convertirse en realidad para todos los seres humanos.

Artículo 1 – La práctica de la educación física, la actividad física y el deporte es un derecho fundamental para todos

(...)

1.3 Se han de ofrecer posibilidades inclusivas, adaptadas y seguras de participar en la educación física, la actividad física y el deporte a todos los seres humanos, comprendidos los niños de edad preescolar, las personas de edad, las personas con discapacidad y los pueblos indígenas.

(...)

Artículo 2 – La educación física, la actividad física y el deporte pueden reportar una amplia gama de beneficios a las personas, las comunidades y la sociedad en general

(...)

2.3 La educación física, la actividad física y el deporte pueden mejorar la salud mental, el bienestar y las capacidades psicológicas al fortalecer la seguridad corporal, la autoestima y la confianza en uno mismo, disminuyendo el estrés, la ansiedad y la depresión, al aumentar la función cognitiva, y al desarrollar una amplia gama de competencias y cualidades, como la cooperación, la comunicación, el liderazgo, la disciplina, el trabajo de equipo, que contribuyen al éxito mientras se juega y se aprende y en otros aspectos de la vida.

(...)

2.5 La educación física, la actividad física y el deporte pueden contribuir a la prevención y a la rehabilitación de los que corren el riesgo de caer en la toxicomanía, el alcoholismo y el consumo excesivo de tabaco, la delincuencia, la explotación y la más extrema miseria.

(...)

Artículo 3 – Todas las partes interesadas deben participar en la creación de una visión estratégica que determine las opciones y prioridades en materia de políticas

(...)

3.2 Todas las partes interesadas, en particular las administraciones nacionales y locales encargadas del deporte, la educación, los jóvenes, la salud, el ocio activo, el desarrollo, el urbanismo, el medio ambiente, el transporte y las cuestiones de género y de discapacidad, así como las organizaciones intergubernamentales, los movimientos olímpico y paraolímpico, las

*organizaciones deportivas, las entidades no gubernamentales, los círculos empresariales, los medios de comunicación, los educadores, los investigadores, los profesionales del deporte y los voluntarios, los participantes y su personal de apoyo, los árbitros, las familias, así como los espectadores, comparten la responsabilidad de formular y respaldar las políticas relativas a la educación física, la actividad física y el deporte; y todas las partes interesadas antes mencionadas deberían tener la posibilidad de ejercer esa responsabilidad.*

(...)

*3.5 Una inversión sostenida en la educación física constituye un componente fundamental del compromiso de todos los países para con la educación y el deporte, y se deberían proteger e incrementar las asignaciones presupuestarias para la oferta pública de programas de educación física de calidad.*

*3.6 Los Estados y ciudades que contemplen la posibilidad de acoger grandes eventos deportivos deberían integrar esta opción en su estrategia a largo plazo para la educación física, la actividad física y el deporte a fin de propiciar y fortalecer la participación en la actividad física, así como de contribuir a una mayor coherencia social”.*

## **2. Constitución Política**

ARTICULO 52. El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.

El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social.

Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.

## **3. Marco legal**

*Ley 181 de 1995 “Por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte”*

ARTÍCULO 4o. DERECHO SOCIAL. El deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, son elementos fundamentales de la educación y factor básico en la formación integral de la persona. Su fomento, desarrollo y práctica son parte integrante del servicio público educativo, bajo los siguientes principios:

(...)

ARTÍCULO 7o. Los entes deportivos departamentales y municipales coordinarán y promoverán la ejecución de programas recreativos para la comunidad, en asocio con entidades públicas o privadas que adelanten esta clase de programas en su respectiva jurisdicción.

ARTÍCULO 8o. Los organismos deportivos municipales ejecutarán los programas de recreación con sus comunidades, aplicando principios de participación comunitaria. Para el efecto, crearán un Comité de Recreación con participación interinstitucional y le asignarán recursos específicos.

ARTÍCULO 38. Las instituciones públicas cuyo objeto sea el otorgamiento de créditos educativos, desarrollarán programas especiales para el otorgamiento de créditos a deportistas colombianos con reconocimientos previamente avalados por Coldeportes en campeonatos nacionales, internacionales o mundiales de carácter oficial, en las modalidades de oro, plata y bronce.

ARTÍCULO 40. Los municipios y departamentos darán oportunidades laborales a los deportistas colombianos reconocidos a que se refieren los artículos anteriores incluidos los que obtengan reconocimiento en campeonatos departamentales de carácter oficial.

ARTÍCULO 43. Las universidades públicas o privadas establecerán mecanismos de estímulo que faciliten el ingreso de los deportistas colombianos con reconocimientos deportivos oficiales a sus programas académicos.

#### **4. Competencia**

##### **Constitución Política de Colombia.**

*“ARTICULO 313. Corresponde a los Concejos:*

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

**Decreto Ley 1421 de 1993.** “Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá.

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

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

*(...)*

**Acuerdo 741 de 2019** “Por medio del cual se expide el Reglamento Interno del Concejo de Bogotá, Distrito Capital”.

*“Artículo 65. Iniciativa. Los proyectos de Acuerdo pueden ser presentados por los Concejales individualmente, a través de las Bancadas, de manera integrada con otros Concejales o bancadas y por el Alcalde Mayor, por medio de sus Secretarios, Jefes de Departamento Administrativo o Representantes Legales de las Entidades Descentralizadas.*

(...):

## II. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

En cumplimiento a los postulados fijados por la UNESCO en la “Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte”, así como lo dispuesto en el artículo 52 de nuestra Constitución Nacional y la Ley General del Deporte, el Gobierno Nacional ejecuta el proyecto de política pública nacional “Supérate Intercolegiados”, definido como “(...)un Programa nacional descentralizado con enfoque de inclusión, de habilidades y competencias deportivas, académicas y jornadas complementarias deportivas, dirigido a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 7 a 17 años”<sup>43</sup>, con el cual se plantean los siguientes objetivos<sup>44</sup>:

- ✓ Contribuir al proceso de formación integral de los estudiantes colombianos a través de la práctica deportiva escolar en los establecimientos educativos.
- ✓ Propiciar la participación de los N, N, A, J, no escolarizados, como mecanismo de vinculación posterior y permanencia en el proceso escolar, a través de la articulación con las Juntas de Acción Comunal.
- ✓ Favorecer el desarrollo de la organización deportiva en los Establecimientos Educativos y promover la utilización de los escenarios deportivos.
- ✓ Desarrollar procesos de orientación pedagógica deportiva mediante la implementación de las Jornadas Complementarias Deportivas, en los establecimientos educativos.

Los juegos Intercolegiados Nacionales conocidos como juegos “Supérate Intercolegiados” son el evento que reúne cada año a los deportistas de los colegios de Colombia, donde los escolares tienen la posibilidad de competir en diferentes disciplinas deportivas de conjunto e individuales. Aquí participan escolares de todos los estratos, colegios públicos y privados, diversidad étnica o condición social.

La gran mayoría de estos jóvenes siguen su carrera deportiva, luego compiten en los juegos deportivos Nacionales de Colombia con miras a los Juegos Olímpicos. Se juega en 2 categorías. En la categoría A participación de estudiantes entre 7 y 14 años y la categoría B donde participan estudiantes entre 15 y 17 años.

A nivel nacional los juegos se desarrollan en diferentes fases:

1. FASE INTERCURSOS que se desarrollan en el interior de la organización, juntas de acción comunal, Cabildo indígena y organización que atienden personas con discapacidad. La responsabilidad en la organización, desarrollo y financiación corresponde a las citadas organizaciones.
2. FASE MUNICIPAL que se desarrollan en la jurisdicción de cada municipio. La organización y los recursos están a cargo de los Entes Deportivos Municipales.
3. FASE ZONAL DEPARTAMENTAL que se desarrollan en la jurisdicción de cada departamento

<sup>43</sup> <https://www.mindeporte.gov.co/index.php?idcategoria=67201>

<sup>44</sup> <https://www.mindeporte.gov.co/index.php?idcategoria=67203>

como etapa preliminar de clasificación a la siguiente fase en las categorías, infantil, pre juveniles y juvenil, los recursos están a cargo de Entes deportivos con el apoyo del Ministerio del Deporte.

4. FASE FINAL DEPARTAMENTAL la organización y desarrollo de los eventos corresponde al Ente departamental de Deportes con recursos propios y con el apoyo del Ministerio del Deporte, a través de convenios.

5. FASE REGIONAL: son eventos como etapa clasificatoria a la fase final Nacional y se desarrollan en una ciudad de departamento establecido por el programa Supérate Intercolegiados, la responsabilidad de los eventos corresponde al Ministerio del Deporte, y Entes deportivos territoriales.

6. FASE FINAL NACIONAL: Es el evento que se desarrollan en una o varias ciudades de Colombia aprobadas para la realización de las competencias de las categorías, Pre juvenil y juvenil. La responsabilidad es del Ministerio del Deporte y los recursos corresponden a los Entes deportivos departamentales y municipales.

7. FASE INTERNACIONAL: comprende las competencias deportivos suramericanas, Centroamericanas y mundiales de cada deporte, dirigido a deportistas matriculados en establecimientos educativos reconocidos por el Ministerio de Educación.

En Bogotá las competencias se han previsto tres fases:

- ✓ Una local que se desarrolla al interior de cada localidad.
- ✓ Una Zonal donde se busca clasificar a los mejores para la fase distrital. Para este efecto de esta la ciudad se divide en seis zonas así:

Zona 1:	Usaquén y Suba
Zona 2:	Chapinero, Barrio Unidos, Teusaquillo y Engativá.
Zona 3:	Fontibón, Kennedy y Puente Aranda.
Zona 4:	Santafé, Mártires, Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe y San Cristóbal.
Zona 5:	Bosa y Tunjuelito
Zona 6:	Usme, Ciudad Bolívar y Sumapáz.

Finalmente hay una fase Distrital que se realiza en los escenarios que por su trayectoria han sido cuna de cada deporte. Este programa es impulsado por la alcaldía mayor por intermedio del IDR, los cuales se desarrollan en las 20 localidades de Bogotá.

Es de aclarar que esta organización por zonas es para deportes en conjunto tales como fútbol, fútbol de salón, fútbol sala, baloncesto, voleibol, balonmano, etc.

Para deportes individuales como natación, judo, karate, patinaje, natación, etc., se realiza por jornadas o paradas deportivas que se realizan en escenarios distritales y de acuerdo a las características propias de cada disciplina.

Para la realización de los “Juegos Supérate” en nuestra ciudad el Gobierno Nacional Ministerio, a través del Ministerio del Deporte, cada año suscribe un convenio con el IDR, Instituto que a su vez dispone la apertura de un proceso licitatorio con el objeto de contratar un operador quien se encargue de la organización y realización de los diferentes torneos y paradas deportivas.

Los juegos “Supérate Intercolegiados” son cofinanciados entre los Gobiernos Nacional y Distrital”. Las cifras invertidas en los últimos años son:

<b>AÑO</b>	<b>MINDEPORTES</b>	<b>IDRD</b>	<b>TOTAL</b>
2015	546.187.385	600.000.326	1.146.187.711
2106	800.000.000	460.000.000	1.260.000.000
2017	801.702.715	220.923.618	1.022.626.333
2018	-	691.710.715	691.710.715
2019	444.626.736	799.375.290	1.244.002.026

Elaboración propia con información suministrada por el IDRD

La participación de los estudiantes de los colegios distritales en los últimos años ha sido la siguiente:

<b>FASE</b>	<b>DEPORTE INDIVIDUAL</b>				<b>DEPORTE EN CONJUNTO</b>			
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Distrital	13.713	34.571	34.591	25.133	24.786	21.332	24.798	20.797
Nacional	240	201	217	211	285	86	41	68
Internacional	16	2	3	N/A	0	8	0	N/A

Elaboración propia con información suministrada por el IDRD

Los juegos “Supérate Intercolegiados” también están concebidos para que además de los colegios públicos y privados, también puedan participar otros sectores sociales como las organizaciones de discapacitados, las Juntas de Acción Comunal y las comunidades indígenas. La participación por sectores en las últimas vigencias se detalla a continuación:

<b>VIGENCIAS</b>				
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
DISCAPCIDAD	0	12	6	3
J.A.C.	7	7	14	15
COL. OFICIAL	427	327	354	274
COL. PRIVADO	279	382	400	327
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>728</b>	<b>774</b>	<b>619</b>

Elaboración propia con información suministrada por el IDRD

En debate de control político efectuado por la Bancada del Partido Liberal en sesión de la Comisión Segunda Permanente de Gobierno del 17 de enero de 2021 sobre la ejecución de los “Juegos Intercolegiados Supérate”, quedaron en evidencia algunas oportunidades de mejoramiento que nos deben llevar a la reflexión para adoptar las medidas tendientes a optimizar los juegos, entre otras:

- ✓ Escasa participación de las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Juntas de Acción Comunal.



- ✓ Nula participación de las comunidades indígenas.
- ✓ Dificultad en la plataforma de inscripciones.
- ✓ Ausencia de coordinación interinstitucional para procurar la participación de los diferentes sectores poblacionales a la cual están dirigidos los juegos, así como en la programación y logística para la realización de los diferentes encuentros deportivos.
- ✓ Alto número de participantes que se inscriben para participar en los juegos, pero no asisten a los encuentros programados.
- ✓ Alto porcentaje de encuentros deportivos programados, pero que no se llevan a cabo por diferentes razones, como por ejemplo la falta de elementos deportivos exigidos en las diferentes disciplinas, falta de apoyo para el traslado de los deportistas a los escenarios deportivos, cruce de las competencias con actividades académicas, etc.
- ✓ Necesidad de fortalecer el plan de incentivos para los deportistas, sus entrenadores y colegios y/o entidades a las cuales pertenecen, para estimular la participación en los juegos.

De acuerdo con la información aportada por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, los recursos invertidos para la realización de los “Juegos Intercolegiados Supérate” sobre pasan los mil millones de pesos cada año, suma muy importante y por ello debemos procurar que se alcancen los objetivos propuestos.

Como sabemos, la emergencia sanitaria originada por el covid 19 afectó todos los ámbitos sociales, incluso el deportivo y los juegos intercolegiados no fueron la excepción.

Para la vigencia 2020 el Ministerio del Deporte previó organizar los juegos intercolegiados de manera virtual; no obstante, luego de diferentes reuniones con el IDR no fue posible llegar a un acuerdo y por tanto la Administración Distrital decidió no participar en los juegos nacionales y optó por diseñar los juegos virtuales de manera independiente, es decir, solo a nivel distrital.

Esta situación excepcional nos permite concluir que el Distrito tiene capacidad económica, así como recursos técnicos y humanos para organizar los intercolegiados sin que dependa del Gobierno Nacional; pero también nos llama a tomar las medidas necesarias para que los juegos intercolegiados sea un proyecto de ciudad y no estén sujetos a la voluntad política del Gobierno Nacional o el Gobierno Distrital de turno.

Se ha descubierto datos relevantes que muestran cómo las conductas recreativas de adolescentes y jóvenes (implicación, motivación, contexto) constituyen factores determinantes en el consumo de sustancias psicoactivas con un impacto potencial mayor que los factores de riesgo clásicos: intrapersonales como la personalidad, interpersonales como la familia, la escuela los amigos.

El objetivo de este proyecto de acuerdo es promover la práctica y participación deportiva de todos los establecimientos educativos de Bogotá, D.C., de los jóvenes desescolarizados a través de las Juntas de Acción Comunal de los diferentes barrios de la ciudad, Cabildos Indígenas y organizaciones de discapacitados, como un factor de protección en relación con el consumo de

sustancias psicoactivas, en tanto involucra el hacer del tiempo libre y el ocio, promoviendo hábitos de vida saludable.

Sabemos que el deporte como recurso para el desarrollo humano en las diferentes modalidades colectivas, individuales, organizados, extremos, etc., pueden tener un efecto positivo en los individuos y en las sociedades de mundos diferentes. El deporte puede brindar oportunidad de promover la vida social, a cooperar con otros para lograr metas, a establecer y vencer riegos, a descubrir sus propias limitaciones, hacer amigos y estrechar las relaciones con otras personas, mantener una buena salud mental, aprender a respetar a los demás,

incentiva principios como la lealtad, el compromiso y perseverancia frente a valores culturales, además de reducir el estrés, aumentar el rendimiento académico y mejorar las relaciones familiares.

### **ALCANCES DE LA INICIATIVA**

A partir de las falencias antes referidas, este proyecto se propone los siguientes objetivos:

1. Para que los juegos intercolegiados no estén sujetos a la voluntad política de los Gobierno Nacional y/o Distrital de turno, se propone institucionalizarlos como un proyecto de ciudad y de esta manera garantizar su permanencia en el tiempo. En esa medida el artículo primero quedará en los siguientes términos:

**ARTÍCULO PRIMERO:** INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS JUEGOS INTERCOLEGIADOS DE BOGOTÁ D.C. Institucionalizase los “Juegos Intercolegiados de Bogotá” como una estrategia Distrital de competencias deportivas dirigida a niñas, niños, adolescentes y jóvenes entre los 7 y 17 años, escolarizados y no escolarizados, miembros de organizaciones de discapacitados y/o grupos indígenas de Bogotá D.C.

2. En procura de lograr mayor participación en los juegos y coordinar de manera interinstitucional la asistencia a las diferentes competencias, se propone la creación de un comité organizador del cual formen parte las entidades que atienden principalmente los sectores poblacionales a los cuales están dirigidos los juegos, estos es, la Secretaría de Educación para la población estudiantil, la Secretaría de Integración Social para la población con discapacidad y organizaciones juveniles, la Secretaría de Gobierno para las comunidades indígenas, el IDPAC para la población desescolarizada a través de las Juntas de Acción Comunal y el IDRDR por ser el administrador de los escenarios deportivos. En ese sentido el artículo segundo queda en los siguientes términos:

**ARTÍCULO SEGUNDO:** COMITÉ ORGANIZADOR. La Administración Distrital conformará el comité organizador de los “Juegos Intercolegiados Supérate”, que expedirá su propio reglamento y del cual formarán parte el Instituto Distrital de la Recreación y el Deporte - IDRDR, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Gobierno, el Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal – IDPAC.

3. Ante la necesidad de estimular la participación en los juegos intercolegiados, es necesario adoptar un plan de incentivos cuya elaboración debe estar a cargo del comité organizador, sin embargo, estos juegos deben convertirse en una opción de vida para los mejores deportistas a

quienes podemos ofrecerles préstamos condonables a través del Fondo Distrital para la Financiación de la Educación Superior, para lo cual se proponen estos dos artículos:

**ARTÍCULO TERCERO:** PLAN DE INCENTIVOS. Los “Juegos Intercolegiados de Bogotá” contarán con un plan de incentivos dirigido a deportistas, entrenadores e instituciones participantes, estimulando el deseo de participar en condiciones de equidad e inclusión, para el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo social de la ciudad.

**ARTÍCULO CUARTO:** ADICIÓN ACUERDO 37 DE 1999. Adicionase el parágrafo 2, del artículo 6º del acuerdo 37 de 1999 el cual quedará así:

**PARÁGRAFO 2.** La Administración Distrital definirá los criterios de selección de los beneficiarios de los créditos condonables, ponderando las prioridades entre los estudiantes con más dificultades de costear sus estudios, los estudiantes con mejor rendimiento académico y los estudiantes que en representación de Bogotá D.C., obtengan medalla de oro y/o plata en cualquier disciplina, en la fase nacional de los “Juegos Intercolegiados Supérate” o el que haga sus veces.

### III. IMPACTO FISCAL

El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 señala: *“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”.*

Para atender este presupuesto, debe decirse que el presente proyecto de acuerdo no genera impacto fiscal en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, por cuanto los juegos intercolegiados se han ejecutado cada año en la última década y sus recursos están garantizados dentro del presupuesto de cada vigencia.

Cordialmente,

**LUZ MARINA GORDILLO SALINAS**

Concejala de Bogotá

**PROYECTO DE ACUERDO No. 218 DE 2021****PRIMER DEBATE****“POR EL CUAL SE INSTITUCIONALIZA LOSJUEGOS INTERCOLEGIADOS DE BOGOTÁ D.C. Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES****EL CONCEJO DE BOGOTÁ**

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas por el artículo 313, numerales 1º de la en la Constitución Política y en el artículo 12, numeral 1 del Decreto Ley 1421 de 1993.

**ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS JUEGOS INTERCOLEGIADOS DE BOGOTÁ D.C. Institucionalizase los “Juegos Intercolegiados de Bogotá” como una estrategia Distrital de competencias deportivas dirigida a niñas, niños, adolescentes y jóvenes entre los 7 y 17 años, escolarizados y no escolarizados, miembros de organizaciones de discapacitados y/o grupos indígenas de Bogotá D.C.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** COMITÉ ORGANIZADOR. La Administración Distrital conformará el comité organizador de los “Juegos Intercolegiados de Bogotá D.C.”, que expedirá su propio reglamento del cual formarán parte el Instituto Distrital de la Recreación y el Deporte - IDR, la Secretaría de Educación Distrital, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Gobierno y el Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal – IDPAC.

**ARTÍCULO TERCERO:** PLAN DE INCENTIVOS. Los “Juegos Intercolegiados de Bogotá D.C.” contarán con un plan de incentivos dirigido a deportistas, entrenadores e instituciones participantes, estimulando el deseo de participar en condiciones de equidad e inclusión, para el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo social de la ciudad.

**ARTÍCULO CUARTO:** ADICIÓN ACUERDO 37 DE 1999. Adicionase el parágrafo 2, del artículo 6º del acuerdo 37 de 1999 el cual quedará así:

**PARÁGRAFO 2.** La Administración Distrital definirá los criterios de selección de los beneficiarios de los créditos condonables, ponderando las prioridades entre los estudiantes con más dificultades de costear sus estudios, los estudiantes con mejor rendimiento académico y los estudiantes que en representación de Bogotá D.C., obtengan medalla de oro y/o plata en cualquier disciplina, en la fase nacional de los “Juegos Intercolegiados” o el que haga sus veces.

**ARTÍCULO QUINTO.** VIGENCIA. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su promulgación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**