



ANALES DEL CONCEJO

DE BOGOTÁ, D.C.

PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO III N°. 3318 DIRECTOR: NEIL JAVIER VANEGAS PALACIO ENERO 27 DEL AÑO 2022

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
PROYECTO DE ACUERDO N° 107 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ”	2291
PROYECTO DE ACUERDO N° 108 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA “AULAS DOMICILIARIAS”	2297
PROYECTO DE ACUERDO N° 109 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL SE CREA EL REGISTRO DE PARRILLEROS DE MOTOCICLETAS EN EL DISTRITO CAPITAL”	2311
PROYECTO DE ACUERDO N° 110 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN DEL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.”	2316
PROYECTO DE ACUERDO N° 111 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE NORMAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	2354

PROYECTO DE ACUERDO N° 107 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ”

I. OBJETO DEL PROYECTO.

El Proyecto de Acuerdo tiene por objeto declarar el 25 de marzo de cada año, como el día de conmemoración de las víctimas por COVID-19 en Bogotá. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Gobierno y en la medida en que cuente con disponibilidad presupuestal para ello; promoverá el 25 de marzo de cada año la realización de actos públicos dirigidos a conmemorar a todas aquellas personas fallecidas en Bogotá, víctimas del COVID-19.

II. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá en concordancia con las disposiciones legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993 tiene dentro de sus atribuciones el siguiente marco normativo:

Constitución Política de Colombia

Artículo 313. Corresponde a los Concejos.

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

(...)

El 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.

(...)

III. FUNDAMENTO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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

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

ARTICULO 95. La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla.

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El 25 de marzo de 2020, Bogotá reportó oficialmente el primer fallecimiento a causa del virus COVID-19. La víctima, un hombre de 76 años, causaría con su deceso una honda impresión en

la opinión pública, como se consigna en todas las noticias aparecidas en dicha fecha y que relatan lo sucedido. Lo anterior da cuenta de la impresión colectiva que naturalmente causaría la pandemia en la salud mental de los ciudadanos desde entonces.

A corte del 25 de enero de 2022¹, la ciudad de Bogotá reporta 28.119 fallecidos víctimas del virus COVID-19, lo que representa el 1,71 % del total de los contagiados registrados. La cifra anteriormente mencionada de muertes por COVID-19 ubica a Bogotá con una tasa de 3.627 fallecidos por millón de habitantes con corte a la fecha también señalada desde la plataforma SaludData.

Esto indica una anomalía en la forma como la ciudad se relaciona con los decesos de sus habitantes y explica la importancia de adoptar, desde la institucionalidad, acciones orientadas a subsanar estos acontecimientos.

DUELO COLECTIVO

Según la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) en su *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*², la irrupción de traumatismos colectivos amerita una toma de decisiones por parte de la institucionalidad, tendiente a ofrecer atención a una población sometida a eventos catastróficos e inesperados.

En dicho documento, se consigna la importancia del concepto de *duelo colectivo* como un ítem a tener en cuenta en el marco de una atención integral en materia de salud mental.

Para la OPS, «en situaciones de desastres y emergencias complejas se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico». Las dolencias derivadas de estos «eventos catastróficos» se manifiestan a través de «la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales», asimismo como «soledad, desamparo, necesidad de adoptar nuevas formas de vida y de cambiar responsabilidades».

Lo anterior coincide con lo sucedido en la ciudad desde el inicio de la contingencia provocada por el coronavirus. A propósito de sendos estudios de organizaciones como el de Bogotá Como Vamos, se sabe que por lo menos el 40 % de los ciudadanos en la capital siente que su salud mental empeoró durante la pandemia³. A decir de la OPS, «según sea la magnitud del evento y demás factores, se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica».

¹ <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>

² https://www.who.int/mental_health/publications/guide_mental_health_disasters/es/

³ <https://bogotacomovamos.org/encuesta-virtual-mi-voz-mi-ciudad-bogota/>

DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ

Más allá de toda duda, puede considerarse entonces que la pandemia produjo una alteración en el número de muertes y duelos que afronta el Distrito Capital, y que dicha eventualidad ha derivado de manera probada en una afectación de la salud mental de los capitalinos.

Si bien es cierto que el Concejo de Bogotá ha respondido fortaleciendo la oferta institucional mediante el Acuerdo 795 del 2021, para crear una puerta de acceso a la atención en salud mental en Bogotá; es patente que se hace necesario adelantar acciones complementarias y de largo plazo que apoyen el esfuerzo colectivo de procesar y superar la tragedia provocada por la pandemia.

De lo anterior se infiere que institucionalizar un Día de las Víctimas por COVID-19 en Bogotá se ajusta a los requisitos de las autoridades de salud, que en el caso de la OPS conminan a brindar «apoyo emocional» para ayudar a «disminuir o controlar la aflicción, el miedo, la tristeza y otras manifestaciones que conforman la respuesta emocional normal ante las situaciones de gran impacto». Esta institución asevera que «el manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias».

El Día de las Víctimas por COVID-19 fortalece las acciones simbólicas necesarias para brindar memoria y consuelo a familiares de víctimas y ciudadanía en general. El homenaje, que se realizará con actos simbólicos, públicos y periódicos en la fecha señalada, busca construir tejido social respecto a un episodio que marcó a los habitantes de la ciudad, apoyando de esta manera el proceso de «superar los procesos de negación y reforzar los recuerdos positivos de los fallecidos».

V. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el análisis del impacto fiscal en cualquier proyecto de acuerdo que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el marco fiscal de mediano plazo, así mismo, deberá estar incluido expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámites respectivas.

En este caso, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá, según el artículo 11º, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014; haciendo énfasis en las fuentes y gastos en los que se incurriría para la implementación de este Proyecto de Acuerdo.

Sin embargo, es relevante mencionar, que, para el caso concreto, la Corte Constitucional en 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, afirmando:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las

Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“(…) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macro-económicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales,

ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS
Concejal de Bogotá D.C.

PROYECTO DE ACUERDO N° 107 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE DECLARA EL 25 DE MARZO COMO EL DÍA DE LAS VÍCTIMAS POR COVID-19 EN BOGOTÁ”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,

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

A C U E R D A:

ARTÍCULO 1. Declárese el 25 de marzo de cada año como el día de conmemoración de las víctimas por COVID-19 en Bogotá.

ARTÍCULO 2. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Gobierno y en la medida en que cuente con disponibilidad presupuestal para ello; promoverá el 25 de marzo de cada año la realización de actos públicos dirigidos a conmemorar a todas aquellas personas fallecidas en Bogotá, víctimas de la pandemia por COVID-19.

ARTÍCULO 3. Todas las entidades del Distrito Capital rendirán homenaje a las personas fallecidas en Bogotá D.C. víctimas del COVID-19, izando la bandera de la ciudad a media asta en sus respectivas dependencias.

ARTÍCULO 4. El 25 de marzo de cada año, el Concejo de Bogotá D.C. rendirá homenaje a todas las víctimas del COVID-19 mediante una ofrenda floral que será ubicada en la plazoleta interna del edificio de la Corporación, e izará a media asta las banderas de Colombia y Bogotá.

ARTÍCULO 5. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 108 DE 2022

PRIMER DEBATE

"POR EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA "AULAS DOMICILIARIAS"

I. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

El presente proyecto de acuerdo tiene como objeto garantizar el derecho a la educación de niños y niñas que se encuentran vinculados al sistema escolar oficial de la ciudad y que por su estado de salud, cuidados, gestión de la enfermedad y demás razones médicas debidamente comprobadas por las instituciones de salud oficialmente acreditadas deben permanecer en su domicilio o lugar de residencia. Por tanto, no pueden ejercer su derecho a la educación de manera presencial en las aulas de las instituciones educativas distritales, ni en hospitales o centros de salud donde opera el programa de *aulas hospitalarias*.

II. MARCO NORMATIVO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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

Artículo 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social: con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formara al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia

en el sistema educativo. La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.

LEYES

LEY 115 DE 1994. Ley General de Educación

Artículo 4º.- Calidad y cubrimiento del servicio. Corresponde al Estado, a la sociedad y a la familia velar por la calidad de la educación y promover el acceso al servicio público educativo, y es responsabilidad de la Nación y de las entidades territoriales, garantizar su cubrimiento.

El Estado deberá atender en forma permanente los factores que favorecen la calidad y el mejoramiento de la educación; especialmente velará por la cualificación y formación de los educadores, la promoción docente, los recursos y métodos educativos, la innovación e investigación educativa, la orientación educativa y profesional, la inspección y evaluación del proceso educativo

Artículo 5º.- Fines de la educación. De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, la educación se desarrollará atendiendo a los siguientes fines:

1. El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que le imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos.
2. La formación en el respecto a la vida y a los demás derechos humanos, a la paz, a los principios democráticos, de convivencia, pluralismo, justicia, solidaridad y equidad, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad.
3. La formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.
4. La formación en el respeto a la autoridad legítima y a la ley, a la cultura nacional, a la historia colombiana y a los símbolos patrios.
5. La adquisición y generación de los conocimientos científicos y técnicos más avanzados, humanísticos, históricos, sociales, geográficos y estéticos, mediante la apropiación de hábitos intelectuales adecuados para el desarrollo del saber.
6. El estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad.
7. El acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y demás bienes y valores de la cultura, el fomento de la investigación y el estímulo a la creación artísticas en sus diferentes manifestaciones.

8. La creación y fomento de una conciencia de la soberanía nacional y para la práctica de la solidaridad y la integración con el mundo, en especial con Latinoamérica y el Caribe.

9. El desarrollo de la capacidad crítica, reflexiva y analítica que fortalezca el avance científico y tecnológico nacional, orientado con prioridad al mejoramiento cultural y de la calidad de la vida de la población, a la participación en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas y al progreso social y económico del país.

10. La adquisición de una conciencia para la conservación, protección y mejoramiento del medio ambiente, de la calidad de la vida, del uso racional de los recursos naturales, de la prevención de desastres, dentro de una cultura ecológica y del riesgo y de la defensa del patrimonio cultural de la Nación. Ver Decreto Nacional 1743 de 1994 Educación ambiental.

11. La formación en la práctica del trabajo, mediante los conocimientos técnicos y habilidades, así como en la valoración del mismo como fundamento del desarrollo individual y social.

12. La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre, y

13. La promoción en la persona y en la sociedad de la capacidad para crear, investigar, adoptar la tecnología que se requiere en los procesos de desarrollo del país y le permita al educando ingresar al sector productivo. Decreto Nacional 114 de 1996, la Educación no Formal hace parte del Servicio Público Educativo.

ARTICULO 8.- LA SOCIEDAD La sociedad es responsable de la educación con la familia y el Estado. Colaborará con éste en la vigilancia de la prestación del servicio educativo y en el cumplimiento de su función social.

La sociedad participará con el fin de:

- a.-Fomentar, proteger y defender la educación como patrimonio social y cultura de toda la Nación;
- b.-Exigir a las autoridades el cumplimiento de sus responsabilidades con la educación;
- c.-Verificar la buena marcha de la educación, especialmente con las autoridades e instituciones responsables de su prestación.
- d.-Apoyar y contribuir al fortalecimiento de las instituciones educativas;
- e.-Fomentar instituciones de apoyo a la educación, y
- f.-Hacer efectivo el principio constitucional según el cual los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

CAPITULO 4º ORGANIZACION ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO ARTICULO 85.-
JORNADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

El servicio público educativo se prestará en las instituciones educativas en una sola jornada diurna. Cuando las necesidades del servicio educativo lo requieran, podrán ofrecer dos jornadas escolares, una diurna y otra nocturna, bajo la responsabilidad de una misma administración. La jornada escolar nocturna se destinará, preferentemente, a la educación de adultos de que trata el título III de la presente ley.

PARAGRAFO: El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con las entidades territoriales, hará una evaluación de las jornadas existentes en los establecimientos educativos de sus respectivas jurisdicciones, con el fin de reglamentar el programa y los plazos dentro de los cuales deberán ajustarse a los dispuesto en este artículo.

DECRETO 1860 DE 1994

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994 en los aspectos pedagógicos y organizativos generales.

Artículo 2º.- Responsables de la educación de los menores. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación obligatoria de acuerdo con lo definido en la Constitución y la ley. La Nación y las entidades territoriales cumplirán estas obligaciones los términos previstos en las Leyes 60 de 1993 y 115 de 1994 y en el presente Decreto. Los padres o quienes ejerzan la patria potestad sobre el menor, lo harán bajo la vigilancia e intervención directa de las autoridades competentes.

El carné estudiantil expedido a nombre del menor, será el medio para acreditar la condición de estudiante. Las autoridades podrán exigir su presentación cuando lo consideren pertinente para verificar el cumplimiento de la obligatoriedad constitucional y legal.

Artículo 3º.- Obligaciones de la familia. En desarrollo del mandato constitucional que impone a los padres de los menores el deber de sostenerlos y educarlos y en cumplimiento de las obligaciones asignadas a la familia por el artículo 7 de la Ley 115 de 1994, la omisión o desatención al respecto se sancionará según lo dispuesto por la ley.

Los jueces de menores y los funcionarios administrativos encargados del bienestar familiar, conocerán de los casos que les sean presentados por las autoridades, los familiares del menor o cualquier otro ciudadano interesado en el bienestar del menor. Los padres o tutores del menor sólo podrán ser eximidos de esta responsabilidad, por insuficiencia de cupos en el servicio público educativo en su localidad o por la incapacidad insuperable física o mental del menor, para ser sujeto de educación.

Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia

ARTÍCULO 1o. FINALIDAD. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

ARTÍCULO 2o. OBJETO. El presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

ARTÍCULO 3o. SUJETOS TITULARES DE DERECHOS. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

ARTÍCULO 4o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente código se aplica a todos los niños, las niñas y los adolescentes nacionales o extranjeros que se encuentren en el territorio nacional, a los nacionales que se encuentren fuera del país y a aquellos con doble nacionalidad, cuando una de ellas sea la colombiana.

(...)

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

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

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

(...)

ARTÍCULO 10. CORRESPONSABILIDAD. Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado.

No obstante lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

ARTÍCULO 17. DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano 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.

PARÁGRAFO. El Estado desarrollará políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento de la primera infancia.

(...)

ARTÍCULO 28. DERECHO A LA EDUCACIÓN. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. **Esta será obligatoria por parte del Estado en un año de preescolar y nueve de educación básica**. La educación será gratuita en las instituciones estatales de acuerdo con los términos establecidos en la Constitución Política. Incurrirá en multa hasta de 20 salarios mínimos quienes se abstengan de recibir a un niño en los establecimientos públicos de educación.

ACUERDOS DISTRITALES

ACUERDO 453 DE 2010: “Por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud”.

ART. 1º—Objeto. El presente acuerdo tiene por objeto facilitar el proceso de educación formal de los niños, niñas y jóvenes, que por enfermedad o tratamientos médicos, se encuentren hospitalizados o incapacitados.

ART. 2º—Beneficiarios. Los niños, niñas y jóvenes en edad escolar que se encuentren hospitalizados e incapacitados, en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud recibirán apoyo pedagógico escolar, de acuerdo con su estado de salud y grado de escolaridad.

ART. 3º—Funcionamiento. El apoyo pedagógico escolar se ofrecerá en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud cuando sea requerido por parte de los padres o acudientes de los menores escolares, en cuyo caso se deberá acompañar a la solicitud el concepto favorable del médico tratante.

PARAGRAFO. La Secretaría Distrital de Educación, para cumplir con el objeto del presente acuerdo, también podrá realizar convenios con entidades del sector privado que presten servicios hospitalarios.

ART. 4º—Implementación. La administración distrital reglamentará y coordinará la ejecución del presente acuerdo, estableciendo mecanismos que permitan el desarrollo progresivo de su

contenido, según la disponibilidad de recursos presupuestales asignados a las secretarías distritales de educación y de salud, más los que ingresen de otras fuentes.

ART. 5º—Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

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 4. Visión de ciudad. En el 2024 Bogotá se habrá recuperado de los efectos negativos dejados por la pandemia global COVID -19 en materia social y económica, capitalizando los aprendizajes y los canales de salud pública, solidaridad y redistribución creados para superarlos. La formulación y ejecución de un nuevo contrato social y ambiental le permitirá a Bogotá no sólo cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS en el 2030, sino además ser un ejemplo global en reconciliación, educación, acción colectiva, desarrollo sostenible e inclusión social y productiva para garantizar igualdad de oportunidades para la libertad, en particular para las mujeres y los jóvenes, con enfoque de género, diferencial, territorial, de cultura ciudadana y de participación, que junto con una movilidad sostenible y accesible, la disminución de los índices de inseguridad en la ciudad y una institucionalidad fortalecida regionalmente, hará de Bogotá una ciudad cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, donde la educación pertinente y de calidad es el principal factor de transformación social y económica.

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

Propósito 1 - Programa Estratégico No. 4: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política

- Implementar en el 100% de colegios públicos distritales la política de educación inclusiva con enfoque diferencial para estudiantes con especial protección constitucional como la población víctima del conflicto, migrante y la población con discapacidad; así como, para estudiantes en **aulas hospitalarias, domiciliarias** y aulas refugio, entre otros.

Resolución 1012 del 30 de marzo de 2011 de la SED: “Por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud”

III. COMPETENCIAS DEL CONCEJO

El Concejo de Bogotá tiene la competencia de dictar normas relacionadas con la naturaleza y alcance del presente Proyecto de Acuerdo, según las disposiciones constitucionales y legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 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

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.*

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Si bien en Bogotá se ha avanzado de forma significativa en el concepto denominado “educación inclusiva” los esfuerzos en materia de política pública deben ser constantes y la aplicación de sus acciones deben responder a las necesidades de los niños y niñas de Bogotá. Por esta razón queremos presentar al Honorable Concejo de Bogotá, este proyecto de acuerdo que persigue tener un avance significativo en materia de brindar acceso real de educación formal a niños y niñas que padecen enfermedades de difícil atención y que por la complejidad de los tratamientos y cuidados, no permanecen en unidades de salud hospitalaria de la red distrital de salud, sino que por el contrario deben pasar largos espacios de tiempo en sus hogares y bajo el cuidado estricto de sus padres.

Estas enfermedades en su gran mayoría afectan aspectos vitales tales como movilidad, estabilidad y concentración, pero también es cierto que en un gran porcentaje no alteran del todo los componentes psicológicos y cognitivos lo que sin duda, le permite a los niños tener un desarrollo aceptable de criterios de aprendizaje, memoria y comprensión. Sin embargo, la política pública de educación no ha orientado su mirada ante esta problemática y solamente ha llegado a normatizar estrategias como “aulas hospitalarias” las cuales han sido exitosas en su aplicación, pero sin duda han tenido que recorrer un largo camino de legitimación, entendimiento e incluso de aceptación y apoyo por parte de diferentes actores de la comunidad educativa.

En 2015 los avances en materia de las acciones de las aulas hospitalarias fueron reseñados en medios de comunicación de la siguiente manera:

***“La apuesta de educación incluyente que presentará sus resultados en el III Encuentro Distrital de Aulas Hospitalarias el próximo 23 de septiembre.*”**

Las secretarías distritales de Educación y de Salud presentarán los avances del programa de educación en hospitales a niñas, niños y jóvenes que tienen largos periodos de convalecencia, el próximo 23 de septiembre en el marco del III Encuentro Distrital de Aulas Hospitalarias.

Este programa de Bogotá es un modelo para el país: hace parte del gran proyecto de Educación incluyente del sector oficial de la capital y entre sus grandes logros se incluyen la consolidación de la Red Distrital de Aulas Hospitalarias (a la cual se han vinculado las facultades de educación y de medicina y la Orquesta Filarmónica de Bogotá), y la atención de más de 20 mil estudiantes, entre los años 2010 y 2015, en las 22 aulas existentes (12 de la red hospitalaria de Bogotá y 10 entre clínicas, institutos de salud y fundaciones).

El III Encuentro Distrital de Aulas Hospitalarias contará con la participación de decanos de las facultades de educación y de medicina, docentes, rectores coordinadores, médicos, padres de familia y comunidad educativa en general.

Con el enfoque de la ‘Pedagogía del amor’, las aulas hospitalarias se consolidan como un escenario único de inclusión educativa para aquellas niñas, niños, adolescentes y jóvenes con prolongadas estancias hospitalarias, tengan la oportunidad de dar continuidad a su proceso educativo en un entorno mediado por la afectividad.

El trabajo del docente de las aulas hospitalarias no solamente se centra en el alumno. También se extiende a los padres, madres y familias, al cuidador primario, al equipo interdisciplinario y la comunidad hospitalaria en general.

Precisamente para destacar el rol fundamental del docente en el desarrollo exitoso del programa, en 2014-2015 la Secretaría de Educación ha participado como ponente en los ‘Congresos Internacionales de Pedagogía Hospitalaria en Colombia’ auspiciados por Colciencias y en el Primer Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria, organizado por la Universidad de Monserrate, en los cuales se abordó, entre otras temáticas, la formación de docentes con énfasis en pedagogía hospitalaria como uno de los compromisos para seguir contribuyendo con la educación y bienestar de las niñas, niños, adolescentes hospitalizados.

El programa se desarrolla en Bogotá en cumplimiento del Acuerdo Distrital 453 de 2010, conjuntamente por las Secretarías distritales de Educación y de Salud. Y la Resolución 1012 del 30 de marzo de 2011 de la SED: “Por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud”.

Hace parte del proyecto de Educación Incluyente, que busca desarrollar y fortalecer estrategias y prácticas pedagógicas flexibles que garanticen procesos educativos pertinentes en el sistema educativo para población en condición de discapacidad, talentos excepcionales, víctimas del conflicto armado, niñas, niños, adolescentes y jóvenes en extra-edad, personas adultas, niñez trabajadora, grupos étnicos, jóvenes en conflicto con la ley y aulas hospitalarias.

El objetivo específico de las aulas hospitalarias es garantizar el derecho a la educación formal y la continuidad educativa de las niñas, niños y jóvenes que por su condición de enfermedad e incapacidad requieran de atención hospitalaria y ambulatoria.

El III Encuentro Distrital de Aulas Hospitalarias se realizará el 23 de septiembre en la Biblioteca Virgilo Barco de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

La agenda de la jornada incluye el desarrollo de un conversatorio entre médicos, facultades de educación, directores locales y rectores de los colegios para compartir experiencias con relación al avance académico de los pacientes estudiantes durante la intervención pedagógica de los docentes. Así mismo, se contará con el conocimiento y la experiencia del licenciado Tomas Arredondo Vallejo, en el tema de las escuelas hospitalarias del Ministerio de Educación de Chile”.

Publicado en www.educacionbogota.edu.co.

El problema de estudio de este proyecto de acuerdo va mucho más allá de lo enunciado. Es fundamental tener un estado del arte ante esta problemática en razón a estadísticas, alcances y consecuencias. En este momento no es claro saber a ciencia cierta cuántos niños y niñas en Bogotá se encuentran en sus casas sufriendo los rigores de diferentes patologías que impide que el menor comparta de forma normal en un ambiente escolar, tampoco sabemos la tipología de las enfermedades que están sufriendo y tampoco se ha avanzado en términos de saber el impacto que pueden generar modelos de aprendizaje flexibles a la estabilidad emocional y física de menores con este tipo de enfermedades.

La propuesta entonces partirá en determinar desde la Secretaria de Educación Distrital y la Secretaria de Salud en Bogotá, cuántos niños y niñas pueden estar requiriendo de un servicio escolar en sus viviendas, hacer una georreferenciación que permita saber las localidades y UPZ donde están ubicados sus hogares, principalmente con el fin de establecer a qué IED le corresponderá ingresar al niño dentro de su matrícula oficial y finalmente tener disponible la planta docente con la experticia necesaria y suficiente para atender la necesidad educativa en relación con la patología correspondiente.

Este tipo de propuestas tiene su sustento jurídico y procedimental en el Código de Infancia y Adolescencia, donde se señala que los niños y niñas son sujetos de derechos y por tanto, las Administraciones Municipales deberán implementar acciones en materia de protección integral que permita el desarrollo de políticas y estrategias que prevengan su amenaza o vulneración, en función del desarrollo del principio del interés superior

Además, el Plan de Desarrollo de la actual administración se aborda este tema de la siguiente manera:

UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI. 2020/2024.

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 4. Visión de ciudad. En el 2024 Bogotá se habrá recuperado de los efectos negativos dejados por la pandemia global COVID -19 en materia social y económica, capitalizando los aprendizajes y los canales de salud pública, solidaridad y redistribución creados para superarlos. La formulación y ejecución de un nuevo contrato social y ambiental le permitirá a Bogotá no sólo cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS en el 2030, sino además ser un ejemplo global en reconciliación, educación, acción colectiva, desarrollo sostenible e inclusión social y productiva para garantizar igualdad de oportunidades para la libertad, en particular para las mujeres y los jóvenes, con enfoque de género, diferencial, territorial, de cultura ciudadana y de participación, que junto con una movilidad sostenible y accesible, la disminución de los índices de inseguridad en la ciudad y una institucionalidad fortalecida regionalmente, hará de Bogotá una ciudad cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, donde la educación pertinente y de calidad es el principal factor de transformación social y económica.

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

Propósito 1 Programa Estratégico No. 4: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política

- Implementar en el 100% de colegios públicos distritales la política de educación inclusiva con enfoque diferencial para estudiantes con especial protección constitucional como la población víctima del conflicto, migrante y la población con discapacidad; así como, para estudiantes en aulas hospitalarias, domiciliarias y aulas refugio, entre otros.

Si bien la meta hace referencia a la implementación en el 100% de las IED de la política de educación inclusiva, la gran diversidad de condiciones correspondientes con la categoría de inclusión requiere incluir dentro de las acciones de esa política, la Atención Educativa Domiciliaria con previo concepto médico, así como con maestros debidamente capacitados y con garantías de desplazamiento y seguridad.

V. IMPACTO FISCAL

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”, en su artículo 7o, establece que el impacto fiscal de todo Proyecto de Acuerdo debe ser explícito y compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para lo cual en la respectiva Exposición de Motivos deberán incluirse expresamente los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional que se generaría para financiar tales costos.

En atención a lo anterior, este proyecto de acuerdo no tendría impacto fiscal toda vez que el artículo 13 del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 estableció como una de las metas de los programas estratégicos del propósito 1; la de “*implementar en el 100% de colegios públicos distritales la política de educación inclusiva con enfoque diferencial para estudiantes con especial protección constitucional como la población víctima del conflicto, migrante y la población*”

con discapacidad; así como, para estudiantes en aulas hospitalarias, domiciliarias y aulas refugio, entre otros”.

Según la información del SEGPLAN, esta meta presenta una programación presupuestal de cerca de \$59,689 millones para los próximos cuatro años. Además, el artículo 46 - *proyectos estratégicos* – menciona la priorización de la política de educación inclusiva como eje de actuación de esta Administración en el cuatrenio, una política que recoge el horizonte de sentido de esta iniciativa.

Sobre este asunto, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda, a través de la Dirección Distrital de Presupuesto, pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según el artículo 11º, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014.

Aún con este contexto, para el caso concreto de esta iniciativa normativa se recuerdan los contenidos de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en impedimento para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa en los siguientes términos:

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales,

ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS
Concejal de Bogotá D.C.

PROYECTO DE ACUERDO N° 108 DE 2022

PRIMER DEBATE

"POR EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA "AULAS DOMICILIARIAS"

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto Ley 1421 de 1993, en sus artículos 1 y 25

CONSIDERANDOS

Que la Constitución Política de Colombia, en su Título II se configura la base jurídica que orienta al estado colombiano a crear mecanismos de protección para la garantía de derechos de todas las poblaciones y en especial las del trascorrir vital de la infancia, adolescencia y juventud.

Que la Ley 1098 de 2006 – Código de infancia y adolescencia, señala que los derechos de los niños y niñas son universales, prevalentes e interdependientes.

Que el Concejo de Bogotá como máxima autoridad del Distrito Capital, tiene la facultad de definir las condiciones jurídicas e institucionales para la implementación y puesta en marcha de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria'; con el fin de facilitar el acceso a la educación formal a niños y niñas que presenten enfermedades complejas que les impidan el desplazamiento de los estudiantes a las Instituciones Educativas Distritales (IED).

Que el derecho a la educación debe aplicarse de forma universal para todos los niños y niñas del Distrito Capital, sin distinción por sus condiciones fisiológicas o psicosociales diferenciales.

ACUERDA,

ARTÍCULO 1°. OBJETO. Dictar los lineamientos que promuevan la formulación de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria', con el fin de avanzar en el ejercicio del derecho a la educación para aquellos niños y niñas que estén vinculados al sistema educativo distrital y que por razones médicas, no pueden asistir de manera presencial a las aulas de las instituciones educativas distritales; lo anterior por motivos de cuidado y atención de la respectiva discapacidad desde el ámbito hogar.

PARÁGRAFO: La solicitud que realice el estudiante o la familia para ser parte de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria' deberá contar con concepto previo del médico o la institución de salud tratante.

ARTÍCULO 2. RESPONSABILIDADES: La Secretaría de Educación del Distrito liderará la reglamentación y puesta en marcha de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria'. Para ello definirá las bases pedagógicas, técnicas y financieras requeridas para la atención final de aquellos

grupos poblacionales que demanden de este tipo de intervenciones educativas, teniendo en cuenta los principios de integralidad, reconocimiento de la diversidad y flexibilidad pedagógica.

La Secretaría Distrital de Salud como autoridad sanitaria del Distrito Capital, acompañará el desarrollo de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria', a partir de la certificación de los conceptos médicos emitidos por médicos y/o instituciones de salud debidamente autorizados.

Artículo 3.- FINES DEL ACUERDO. Se encuentran dentro los fines del presente acuerdo

- a. Garantizar el derecho a la educación de la población que hace parte del sistema educativo oficial de la localidad.
- b. Evitar la deserción escolar debido a condiciones de salud que son objeto de cuidado y atención en el ámbito hogar.
- c. Desarrollar modelos y/o estrategias pedagógicas flexibles que tengan en cuenta las particularidades médicas, edades, grados escolares y condiciones cognitivas asociadas a la enfermedad de la población a beneficiar.
- d. Reducir la segregación y exclusión de la población vulnerable, que por temas de salud no pueden participar dentro de los esquemas regulares sistema público escolar.
- e. Fortalecer las redes de apoyo al interior de las comunidades educativas que cuentan.
- f. Vincular al sistema educativo una población invisibilizada para la mayoría de la ciudadanía y por ende olvidada por los diversos actores sociales de los entornos académicos.

ARTÍCULO 4° - ESPACIOS DE IMPLEMENTACIÓN. Los escenarios definidos para el proceso de implementación de este modelo de inclusión educativa son:

- a. Espacio Institucional: en donde toda la comunidad docente y estudiantil conocen y reconocen a los(as) estudiantes que hacen parte del sistema educativo, así no estén al interior de las aulas Regulares.
- b. Espacio Socio-Cultural: es el que permitirá consolidar la movilización de todos(as) los(as) agentes estratégicos que se vinculan con el proceso de formación académica, intelectual y física de la población sujeto de atención del presente acuerdo.
- c. Espacio de Inclusión: En donde se permitirá por primera vez a niños (as) que padecen enfermedades graves, raras o de difícil atención, tener acceso al conocimiento y educación formal, como parte de su inclusión a la sociedad en términos generales.

ARTÍCULO 5° FINANCIAMIENTO. La Administración Distrital, según disponibilidad presupuestal, programará durante cada vigencia los recursos necesarios que promuevan la formulación, implementación, desarrollo y evaluación de la estrategia 'Atención Educativa Domiciliaria'.

ARTÍCULO 6° DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA NORMA. Le corresponde a la Administración Distrital, a través de la Secretaría de Educación del Distrito, velar por la promoción y difusión de los contenidos previstos en el presente Acuerdo.

ARTICULO 7° VIGENCIA. Este Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PROYECTO DE ACUERDO N° 109 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL SE CREA EL REGISTRO DE PARRILLEROS DE MOTOCICLETAS EN EL DISTRITO CAPITAL”

I. OBJETO DEL PROYECTO.

El Proyecto de Acuerdo tiene por objeto crear el registro por parte de los propietarios de motocicletas que transitan por la capital de la Republica, de quienes se transportan como parrilleros en dichos vehículos. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Movilidad y en la medida en que cuente con disponibilidad presupuestal para ello; dispondrá de una aplicación o página en la cual los propietarios de motocicletas, registren los datos de las personas con las cuales se transportan en sus motocicletas.

II. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá en concordancia con las disposiciones legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993 tiene dentro de sus atribuciones el siguiente marco normativo:

Constitución Política de Colombia

Artículo 313. Corresponde a los Concejos.

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

(...)

El Decreto Ley 1421 de 1993

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

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

(...)

III. FUNDAMENTO JURÍDICO CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

ARTICULO 2o. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida

económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

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

ARTICULO 95. La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla.

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La seguridad de los habitantes y visitantes de la ciudad se ha visto seriamente afectada por los constantes atracos que se producen en motocicleta y por los copilotos o patos de estos vehículos. Esta modalidad de atraco produce un temor fundado en la ciudadanía en general quienes sienten temor de quienes se transportan en estos vehículos ello se puede corroborar con las cifras de la más reciente "ENCUESTA DE PERCEPCIÓN Y VICTIMIZACIÓN DE BOGOTÁ 2020" revelada por a Cámara de Comercio de Bogotá, en febrero de 2021, en ella podemos ver que esta inseguridad se refleja en cifras como las siguientes:

- El delito que más preocupa a los ciudadanos sigue siendo el hurto a personas (49%),
- El 84% de las personas encuestadas se sienten inseguras cuando se presentan aglomeraciones en el espacio público, seguido del 79% cuando acuden al transporte público, y el 77% cuando van al comercio.
- El porcentaje de ciudadanos que manifiesta haber sido víctima de una situación que afectara su convivencia se ubicó en 26%, un punto por encima del promedio de los últimos cinco años.
- Sigue aumentando la percepción de inseguridad en la calle como el espacio más inseguro, el cual pasó de un 35% a un 45%, seguido de los puentes peatonales (22%) y los potreros (14%).

Estas cifras evidencian esa nefasta sensación de inseguridad que materializan los asaltantes en los constantes atracos que se presentan a diario en la capital del país y que son captados por cámaras de seguridad privadas y públicas, basta con revisar a diario los medios de comunicación para encontrarse con noticias sobre ladrones que utilizaban como medio de transporte para cometer hurtos la moto.

Según cifras de la misma secretaria de Seguridad en el año 2019, se presentaron 4919, atracos en moto en la capital, bien vale la pena mencionar que son una minoría los delincuentes que utilizan la motocicleta con fines delincuenciales pues en la capital se han matriculado cerca de 485.000 motocicletas.

ACCIONES PARA MITIGAR

La administración Distrital de manera conjunta ha buscado atacar esta modalidad de hurtos que se perpetran por delincuentes que usan motocicletas en sus delitos, las restricciones han sido de todas las formas y tamaños y son de vieja data desde 2004 se han expedido decretos temporales que intentan disminuir el impacto de este flagelo, decretos que prohíben totalmente la circulación de estos vehículos con parrillero, otras que lo hacen por horarios, por zonas o dependiendo del cilindraje de las motocicletas, sin embargo es poco lo que se a logrado, ello en atención a que las reducciones de los hurtos en motocicleta aumentan nuevamente, al cesar los efectos del decreto que los creó.

Como consecuencia de estas medidas se genera un malestar en la inmensa mayoría de motociclistas, pues por unos cuantos delincuentes se impone un estigma, que termina por afectar a quienes usan sus motocicletas para transportarse y transportar a sus familias.

PLATAFORMA DE REGISTRO DE PARRILLEROS

La iniciativa que presentamos ante el cabildo Distrital para su discusión, pretende crear una plataforma tecnológica, ya sea una aplicación o una página, en la cual los propietarios de motocicletas puedan registrar a quienes transportan como parrilleros, sin tener un número límite en el número de personas que pueda registrar, ello le podrá permitir a las autoridades de tránsito y policía verificar que en efecto la persona que se transporta esta debidamente registrada e identificada en la mencionada APP o plataforma de lo contrario no podrá transportarse en la motocicleta que sea objeto de verificación.

Es pertinente y necesario establecer que la información que sea registrada por los propietarios de motocicletas, gozará de la protección de datos de que trata la ley 1266 de 2008 y la ley 1581 de 2012.

V. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el análisis del impacto fiscal en cualquier proyecto de acuerdo que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el marco fiscal de mediano plazo, así mismo, deberá estar incluido expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámites respectivas.

En este caso, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá, según el artículo 11°, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014; haciendo énfasis en las fuentes y gastos en los que se incurriría para la implementación de este Proyecto de Acuerdo.

Sin embargo, es relevante mencionar, que, para el caso concreto, la Corte Constitucional en 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, afirmando:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“(…) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macro-económicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales,

ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS
Concejal de Bogotá D.C.

PROYECTO DE ACUERDO N° 109 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL SE CREA EL REGISTRO DE PARRILLEROS DE MOTOCICLETAS EN EL DISTRITO CAPITAL”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.,

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

A C U E R D A:

ARTÍCULO 1. La Secretaría Distrital de Movilidad creará una aplicación, plataforma digital o la herramienta informativa que considere pertinente, mediante la cual los propietarios de motocicletas registrarán a los parrilleros que se transportan en este tipo de vehículos.

ARTÍCULO 2. La Secretaría Distrital de Movilidad reglamentará la implementación de la mencionada herramienta y en dicha reglamentación tendrá en cuenta aspectos mínimos tales como:

- A. Periodicidad, para el registro de a información.
- B. Seguridad de la información registrada en la aplicación o plataforma.
- C. Cumplimiento de las leyes de tratamiento de datos vigentes.

ARTÍCULO 3. La plataforma o aplicación será compartida con la Policía Metropolitana de Bogotá y la Policía de Transito de la ciudad, con el fin de que se corrobore la coincidencia en la identidad de quien se trasporta como parrillero, con el registrado previamente en la plataforma.

ARTÍCULO 4. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PROYECTO DE ACUERDO N° 110 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN DEL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.”

1. OBJETO DEL PROYECTO

En el marco del proceso de formulación e implementación del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.*, según lo previsto en el Acuerdo 761 de 2020; la Administración Distrital establecerá un conjunto de intervenciones y medidas relacionadas con los componentes de recuperación y/o rehabilitación para aquellos pacientes que sean diagnosticados con el síndrome POS COVID-19. Para ello se definen los siguientes lineamientos mínimos a tener en cuenta dentro del respectivo Plan de Acción a formular y adoptar:

- a. La declaratoria del síndrome poscovid 19 como un asunto prioritario de gestión en salud pública.
- b. El desarrollo de acciones y metas orientadas hacia la identificación temprana, intervención oportuna y canalización de servicios relacionados con el componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19.
- c. El empleo de los equipos territoriales básicos y complementarios que disponga el Sector Salud para la identificación, rastreo y priorización de los eventos de salud relacionados con el síndrome poscovid 19.
- d. El seguimiento periódico de los casos canalizados por el portafolio de servicios de la red pública de salud de la ciudad y que posteriormente hayan sido trasladados hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Esta iniciativa no cuenta con antecedentes de presentación en el Concejo de Bogotá D.C.

3. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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.

NORMATIVIDAD NACIONAL

Ley 751 de 2001 - Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros

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

(...)

3.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

(...)

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

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

(...)

Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

(...)

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

(...)

Artículo 45 Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

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

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

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

ARTÍCULO 3o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

(...)

ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO. 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;

(...)

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

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 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

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

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

(...)

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;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

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;

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

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

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

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;

(...)

PARÁGRAFO. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

(...)

ARTÍCULO 8o. LA INTEGRALIDAD. 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.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

ARTÍCULO 9o. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

PARÁGRAFO. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

(...)

ARTÍCULO 13. REDES DE SERVICIOS. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

(...)

ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

(...)

ARTÍCULO 20. DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Resolución 2626 de 2019 - Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto modificar la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE para su implementación.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplicará a la población residente en el territorio nacional, a los integrantes del sistema de salud y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Artículo 3. *Liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral de Salud - PAIS y del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.* Las entidades territoriales ejercerán el liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral en Salud dentro de su jurisdicción, con el acompañamiento de este Ministerio.

La implementación y seguimiento del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias.

Artículo 4. *Política de Atención Integral en Salud -PAIS.* La Política de Atención Integral en Salud -PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutiva.

Artículo 5. *Estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud.* Para la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, la Política de Atención Integral en Salud -PAIS se desarrollará bajo las siguientes estrategias y enfoques:

5.1 *Estrategia de Atención Primaria en Salud.* Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transitoria por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de los servicios de salud.

5.2 Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud. La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

5.3 Enfoque de cuidado de la salud. El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

5.4 Enfoque diferencial de derechos. El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados en salud.

Artículo 6. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Artículo 7. Objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. Los objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE son los siguientes:

7.1 Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.

7.2 Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.

7.3 Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.

7.4 Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.

7.5 Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

Artículo 8. Líneas mínimas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho (8) líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales, en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno.

Las líneas previstas, junto con su alcance, acciones, herramientas y marco normativo, son las siguientes:

(...)

8.2 Salud Publica

Alcance:

Esta línea busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.

Acciones:

1. Definir, organizar y coordinar la participación de los actores del sector salud, otros sectores y la comunidad, en el proceso de planeación integral en salud, garantizando la alineación del Plan Territorial de Salud a las prioridades de salud de la población y el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Publica vigente.

2. Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales.

3. Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.

4. Ejecutar las acciones de gestión de la salud publica de manera oportuna.

5. Garantizar la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, sobre la base de los principios de continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad y adaptabilidad, en los términos previstos en la normativa dispuesta en la materia.

6. Realizar el seguimiento y evaluación de los resultados esperados en salud en las personas, familias y comunidades, la prestación de las atenciones individuales y colectivas y la gestión de la salud pública de los actores del sistema de salud.

7. Formular e implementar proyectos de inversión que incluyan intervenciones costo - efectivas y complementarias dirigidas a las personas, familias y comunidades, que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación en Salud.

8. Diseñar, implementar y evaluar el plan de desarrollo de capacidades funcionales y técnicas dirigido a los integrantes del sistema de salud, a fin de fortalecer las competencias para la gestión de la salud pública y la operación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades.

9. Diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información en términos de exactitud, coherencia, integralidad, oportunidad y consistencia, relacionada con los eventos de interés en salud pública y con las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que contribuyen a los resultados en salud.

10. Fortalecer la atención integral articulando las acciones de salud pública con las de atención individual en el territorio.

8.3 Prestación de Servicios de Salud.

Alcance.

Esta línea comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.

Acciones:

1. Implementar mecanismos, instrumentos o metodologías para la actualización, verificación y análisis de disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud que incluya la estimación del diferencial entre la disponibilidad y lo requerido en talento humano, recursos tecnológicos, financieros y físicos para la atención de la población, teniendo en cuenta la situación de salud y los ámbitos territoriales.

2. Implementar las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y su seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención en salud de la población.

3. Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el territorio.

4. Garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, los requerimientos y acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios, que garanticen la integralidad en la atención en salud.

5. Definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas, entre la red de prestación de servicios conformadas por los aseguradores y las entidades departamentales y distritales de salud, principalmente en los ámbitos territoriales rurales dispersos.

6. Garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, tanto individuales como colectivas.

7. Mejorar la infraestructura y la dotación de los prestadores de servicios de salud en el territorio.

8. Fortalecer los servicios extramurales e incorporar tecnologías de atención en sitio garantizando su resolutivez.

9. Fortalecer los Sistemas de Información en Salud promoviendo la interoperabilidad de los mismos y su operación en línea y en tiempo real.

10. Fortalecer las actividades de tele salud y la modalidad de telemedicina, aprovechando todas las fuentes de datos y las tecnologías digitales

11. Promover la demanda inducida a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

(...)

8.5 Financiamiento.

Alcance:

Línea que comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Acciones:

1. Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales en las Entidades Territoriales a través de la articulación de las secretarías territoriales de salud y de hacienda o de quienes hagan sus veces, para que la gestión administrativa y financiera de los recursos esté alineada con las prioridades en salud del territorio y armonizados con los demás instrumentos de planeación territorial.

2. Mejorar los instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo las necesidades priorizadas del territorio.

3. Gestionar recursos adicionales a los ya provistos por-el sistema de salud, para el desarrollo de intervenciones que resultan indispensables para el logro de los resultados en salud.

8.7. Intersectorialidad.**Alcance.**

Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.

Acciones:

1. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación que permitan la gestión intersectorial para la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas, garantizando respuestas integrales que potencian acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados.

2. Generar mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados.

3. Establecer acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores si fuera pertinente, para la canalización efectiva de la población desde los servicios de salud a los servicios sociales que se requieren, para optimizar los resultados en salud.

4. Definir y desarrollar objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud, de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad

5. Generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (departamental, distrital y

municipal) alrededor de los objetivos comunes pactados, con el fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficiencia de las intervenciones.

NORMATIVIDAD 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 4. Visión de ciudad. En el 2024 Bogotá se habrá recuperado de los efectos negativos dejados por la pandemia global COVID -19 en materia social y económica, capitalizando los aprendizajes y los canales de salud pública, solidaridad y redistribución creados para superarlos. La formulación y ejecución de un nuevo contrato social y ambiental le permitirá a Bogotá no sólo cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS en el 2030, sino además ser un ejemplo global en reconciliación, educación, acción colectiva, desarrollo sostenible e inclusión social y productiva para garantizar igualdad de oportunidades para la libertad, en particular para las mujeres y los jóvenes, con enfoque de género, diferencial, territorial, de cultura ciudadana y de participación, que junto con una movilidad sostenible y accesible, la disminución de los índices de inseguridad en la ciudad y una institucionalidad fortalecida regionalmente, hará de Bogotá una ciudad cuidadora, incluyente, sostenible y consciente, donde la educación pertinente y de calidad es el principal factor de transformación social y económica.

(...)

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

Propósito 1: Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.

(...)

Programa 6. 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.

Para desarrollar el Sistema Distrital de Cuidado, se creará una Comisión Intersectorial del Sistema, liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer como ente articulador y conformada, al menos por: la Secretaría Distrital de la Mujer, la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Educación, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Cultura, la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, la Secretaría Distrital del Hábitat, la Secretaría Distrital de Hacienda y la Secretaría Distrital de Ambiente. Esta Comisión se articulará con las Alcaldías Locales como apoyo para la territorialización del Sistema, y con instituciones del orden nacional. Así mismo, se articularán con el Sistema, la academia, el sector privado y la sociedad civil conformada, entre otras, por el Consejo Consultivo de Mujeres, la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado y organizaciones de cuidadores y cuidadoras.

El Sistema Distrital de Cuidado contará con una estrategia territorial, la cual, por medio de manzanas del cuidado y unidades móviles de servicios del cuidado, atenderá, a través de una oferta intersectorial de servicios, a distintas poblaciones que requieren de servicios de cuidado y que proveen cuidado en condiciones de desigualdad.

Programa 7. Mejora de la gestión de instituciones de salud. Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno. Desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que 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.

(...)

Programa 9. Prevención y cambios para mejorar la salud de la población. Promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud-enfermedad. Se busca detectar oportunamente la enfermedad o fortalecer el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente; disminuir la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (Tosferina, Varicela, Hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar la pandemia de Coronavirus COVID-19. Ello contribuirá a la inclusión social y desarrollo integral de familias, comunidades y población en general, al igual que al mejoramiento de espacios personales y entornos territoriales.

Programa 10. Salud para la vida y el bienestar. Reducir la mortalidad materna promocionando la salud materna, perinatal y de aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales o de vulnerabilidad. Se formula bajo criterios de inclusión, respetando cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada población y apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. De la misma manera la Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud adelantará acciones de articulación y gestión intersectorial con el gobierno nacional para promover la ruta de atención integral de salud en la lactancia y el cuidado de la mujer gestante.

(...)

Artículo 23. Estrategia permanente, continua y progresiva en materia de derechos de salud. La atención en salud de forma general y permanente y como continuación de la atención de la emergencia sanitaria y fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencias, tiene por objetivo aumentar la capacidad de respuesta constante y ante la evolución de la pandemia y su impacto en el sistema territorial de salud, se ejecuta bajo el marco del plan de preparación y respuesta que coordina la SDS.

Esta estrategia se desarrolla desde la declaratoria de pandemia mediante acciones de preparación, contención y mitigación, entre actores públicos, privados y las entidades distritales articuladas en el Sistema de Comando de Incidentes y el sistema de activación de emergencias de la línea 123, que garantice la atención oportuna de las entidades sanitarias en la prevención y mitigación de otras enfermedades de salud pública sumadas al Covid-19.

Parágrafo 1. La Secretaría Distrital de Salud deberá remitir al Concejo de Bogotá en un informe semestral una vez aprobado el presente Acuerdo, que contenga los resultados de la implementación de esta estrategia, que incluye los lineamientos y funcionamiento de la misma.

Parágrafo 2. Esta estrategia se formulará a partir de un modelo de salud con enfoque poblacional diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud.

(...)

Artículo 100. Plan Territorial de Salud. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 45 de la Ley 152 de 1994, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 25 y 27 de la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incorpora como parte integral del Plan

Distrital de Desarrollo para Bogotá D.C. 2020-2024, el Plan Territorial de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el cual es concordante con el mismo y está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.

(...)

Artículo 103. Integralidad del Sistema de Salud Distrital. Con el fin de lograr la dirección integral del sistema de salud distrital, en el marco de la Ley 1751 de 2015, el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 715 de 2001, la Secretaría Distrital de Salud fortalecerá la gestión centralizada de la atención territorial en salud para el funcionamiento de la atención médica domiciliaria, atención ambulatoria y hospitalaria, articulando los recursos de las diferentes EAPBS para el despliegue del modelo de atención de salud distrital, de forma concomitante gestionará ante la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones institucionales pertinentes en procura de la desconcentración de las competencias necesarias para fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control.

Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad, deben garantizar para sus afiliados los servicios en la misma localidad de residencia para el cumplimiento de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia, o bien con su propia red de prestación de servicios de salud o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

Parágrafo. Para su cumplimiento se realizará la georreferenciación de oportunidad y acceso a servicios de salud, con adscripción de la población a IPS y/o ESE en su localidad. Las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en la ciudad deben garantizar la atención en salud de su población afiliada en la misma localidad de residencia o bien con su propia infraestructura o contratando con la de la subred pública de la respectiva localidad.

4. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

El Concejo de Bogotá tiene la competencia de dictar normas relacionadas con la naturaleza y alcance del presente Proyecto de Acuerdo, según las disposiciones constitucionales y legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 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

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

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

(...)

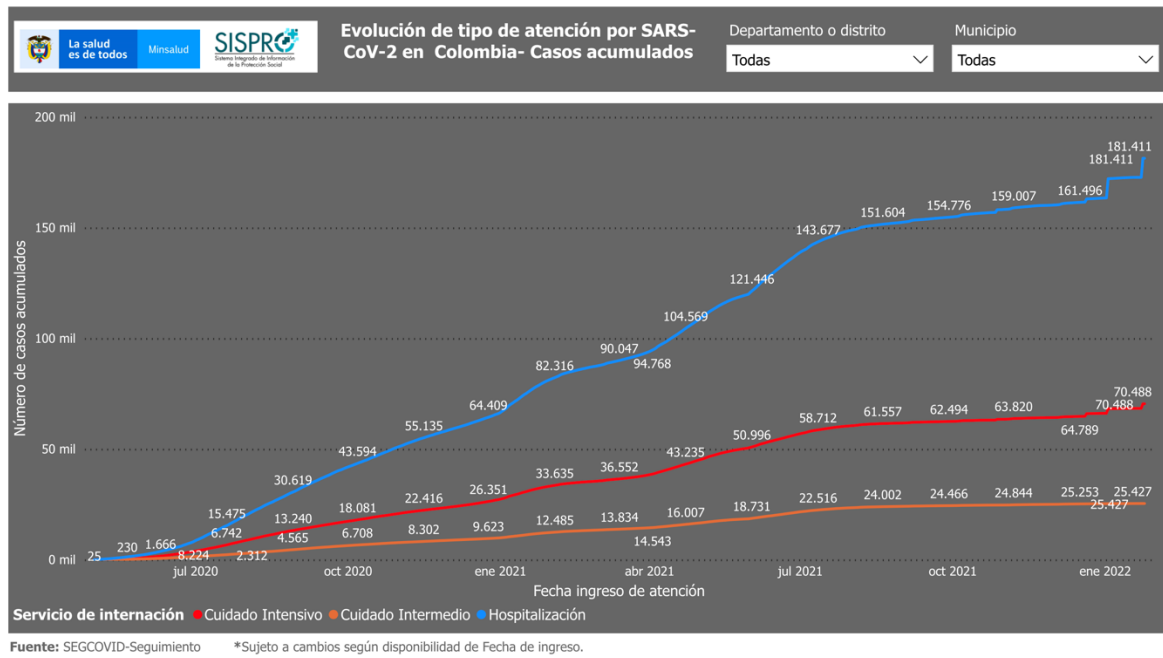
5. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Caracterización del COVID – 19 en el Distrito Capital

Las siguientes cifras son tomadas de la plataforma Salud Data de la Secretaría Distrital de Salud, así como del tablero de control SEGCVID del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 25 de enero de 2022. Estos datos son indicativos y tienen como propósito caracterizar de manera general los impactos del COVID-19 en términos de salud pública a nivel Distrital:



Por otra parte, desde el 01 de mayo de 2020 hasta el 25 de enero de 2022, cerca del 16,8% del total de casos confirmados por COVID-19 en Bogotá han requerido de algún tipo de atención médica en condiciones de internación (277.326 pacientes), bien sea bajo la modalidad de hospitalización (188.411 pacientes), cuidados intermedios (25.427 pacientes) o cuidados intensivos (70.488 pacientes).



El 93,4% de los casos confirmados están bajo la categoría “recuperados” (1.533.395 personas). Vale la pena aclarar que esta condición médica corresponde a segunda prueba con resultado negativo y/o período de más de dos semanas tras conocerse los resultados de positividad frente al COVID-19, lo cual implica inactividad del virus sobre el cuerpo. Sin embargo, la figura “recuperados” no toma en consideración la presencia de posibles secuelas derivadas de la enfermedad sobre los pacientes afectados. El mayor número de personas “recuperadas” se encuentra en la franja de edad entre 30-39 años (10,6% del total de los casos).

En total, 28.119 personas han fallecido por COVID-19 desde que inició la pandemia. Esto representa el 1.7% de los casos confirmados. Las cifras de fallecidos se concentran en personas con edades de 60 años o más, representando así el 72,6% del total de muertes por COVID-19 en Bogotá.

Con corte al 25 de enero de 2022, el número total de casos activos por COVID-19 en Bogotá se ubicaba en 74.239 personas. Solo entre el 12 y el 25 de enero se habían diagnosticado 91.024 nuevos casos en Bogotá.

Síndrome POS COVID: Un asunto de salud pública aún por explorar

Como bien se mencionó con anterioridad, la condición de “pacientes recuperados” requiere ser analizada con cierto detalle. La no presencia del virus SARS CoV2 en el cuerpo del paciente no significa la recuperación total del paciente frente al diagnóstico inicialmente identificado. De hecho, el tipo de intervenciones médicas que se realiza para el tratamiento de la enfermedad con cuadros clínicos graves (inmovilización corporal, oxigenoterapia convencional, ventilación mecánica

invasiva) está llevando a crear una mayor demanda de procesos de rehabilitación en el mediano y largo plazo:

Los pacientes con COVID-19 grave requieren hospitalización y oxigenoterapia. Aquellos cuya enfermedad pueda complicarse con síndrome de distrés respiratorio agudo (ARDS por sus siglas en inglés), septicemia y choque séptico o insuficiencia multiorgánica que afecte los riñones, el hígado y el corazón requieren, por lo general, usar ventilación mecánica invasiva en la UCI. Como la COVID-19 es una enfermedad nueva, las consecuencias a corto y largo plazo para los pacientes que han tenido un cuadro grave para el cual tuvieron que ingresar en la UCI se prevén sobre la base de los conocimientos obtenidos de la población general que ha recibido cuidados intensivos, en particular las personas con síndrome de enfermedad respiratoria aguda. El uso de respirador, combinado con la sedación o la parálisis, así como períodos prolongados de reposo en cama e inmovilización, puede tener muchos efectos osteomusculares perjudiciales, como disminución de la fuerza muscular y la función física. Otros efectos pueden ser deficiencias respiratorias y cognitivas, disfagia, dificultades para comunicarse e incluso síndrome confusional. A largo plazo, los aspectos polifacéticos del síndrome poscuidados intensivos, que puede persistir por varios meses o años después del alta, también pueden manifestarse en una disminución de la capacidad para hacer ejercicio, de la independencia en las actividades cotidianas y de la calidad de vida relacionada con la salud.

Los pacientes con COVID-19 grave que no usan respirador porque no lo hay o porque su gravedad no lo justifica podrían experimentar cierto grado de deterioro de la función física y respiratoria, así como problemas psicosociales, como consecuencia de la enfermedad y la hospitalización. En los pacientes con enfermedades preexistentes y edad avanzada, las necesidades de rehabilitación relacionadas con la COVID-19 grave podrían ser mayores. El aislamiento, que impide el contacto con las redes de apoyo debido a las medidas de contención de la pandemia, también puede exacerbar muchos de estos problemas en los pacientes que están recuperándose de la COVID-19. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Fase de atención	Intervenciones de rehabilitación	Entorno característico
Aguda	Mientras los pacientes con COVID-19 grave están usando respirador, los profesionales de la rehabilitación pueden ocuparse del manejo respiratorio agudo ²⁹ y del mantenimiento y la mejora del funcionamiento para facilitar la pronta recuperación. Además, pueden realizar intervenciones para mejorar la oxigenación, despejar las secreciones de las vías respiratorias y retirar gradualmente el respirador. ²⁹⁻³¹ También pueden promover una buena nutrición ³² y prevenir la neumonía por aspiración, especialmente después de una intubación o en pacientes con una traqueostomía. ³³	Unidades de cuidados intensivos, unidades para pacientes con un grado alto de dependencia (incluso en centros para infecciones respiratorias agudas graves)
Subaguda	Al comienzo del período de recuperación, cuando los pacientes han regresado a una sala de hospital o han sido trasladados a un establecimiento de transición, o en los pacientes que permanecieron en una sala de hospital porque no estaban tan graves como para ingresar en una unidad de cuidados intensivos, las intervenciones de rehabilitación pueden centrarse en las deficiencias que presenten en lo que respecta a la movilidad, la función respiratoria, la función cognitiva, la deglución, la nutrición y la comunicación. ^{34,35} Las intervenciones durante este período también tienen como finalidad promover la independencia en las actividades cotidianas y proporcionar apoyo psicosocial. Los profesionales de la rehabilitación también contribuyen en gran medida a la preparación y la planificación del alta, que puede ser particularmente compleja en el caso de pacientes mayores o con comorbilidades. ³⁶	Salas de hospital, establecimientos de transición (incluso en centros para infecciones respiratorias agudas graves)
A largo plazo	Después del alta, los profesionales pueden ayudar con ejercicios progresivos, educación sobre maneras de conservar energía y modificar el comportamiento, adaptaciones del hogar y dispositivos de ayuda, así como con rehabilitación para cualquier deficiencia específica individual. Durante la recuperación a largo plazo de la COVID-19 grave, los pacientes pueden beneficiarse de intervenciones de rehabilitación pulmonar orientadas a deficiencias físicas y respiratorias, con una combinación de ejercicios graduados, educación, actividades cotidianas y apoyo psicosocial. ³⁷ En muchos contextos, debido a las limitaciones relacionadas con la pandemia (distanciamiento físico, pocos recursos humanos y transporte público limitado) y los riesgos de infección, probablemente sea necesario recurrir a la telesalud ³⁸ después del alta. Esto podría extenderse al apoyo a distancia para ejercicios (por ejemplo, asesoramiento y ejercicios en "grupos virtuales") y entre pacientes con COVID-19 que han recibido la capacitación apropiada. Los servicios de rehabilitación en la comunidad suelen ser los mejores para proporcionar asistencia a más largo plazo.	Centros de rehabilitación, programas para pacientes ambulatorios, servicios domiciliarios, servicios móviles, telesalud

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2020.

Aunque aún no existe consenso dentro del campo académico y de la medicina sobre los criterios para definir y caracterizar de manera conjunta las condiciones que reúne la existencia de un síndrome pos COVID, la experiencia global de atención del COVID-19 en casos leves o graves indica que, una vez confirmada la inactividad del virus sobre el cuerpo humano (tanto en casos tratados en el ámbito hogar como en la modalidad médica intramural), en algunos pacientes es posible registrar una serie de secuelas posteriores a las cuatro semanas desde el inicio de los síntomas, lo cual conlleva a considerar que la recuperación completa de la enfermedad requerirá

de más tiempo⁴ y, por tanto, resulta necesario establecer nuevas estrategias de atención y rehabilitación en salud⁵.

De hecho, tras casi un año de iniciar la actual pandemia empezaron a realizarse algunos estudios y publicaciones preliminares sobre la existencia del síndrome pos COVID (estudios que aún se encuentran en revisión por parte de los respectivos pares académicos), los cuales resultan ser las primeras aproximaciones investigativas frente a una realidad que parece ser evidente en materia de atención en salud nacional y territorial. Entre los estudios e investigaciones hasta ahora adelantadas, se encuentran los siguientes resultados destacados:

Revista	Título	Autores	Fecha	Resultados
The Lancet	Síndrome post-COVID en pacientes no hospitalizados con COVID-19: un estudio de cohorte prospectivo longitudinal ⁶	Max Augustin, MD; Philipp Schommers, M.D. PhD.; Melanie Stecher, Ph.D.; Felix Dewald, M.D.; Lutz Gieselmann, M.D.; Henning Gruell, M.D. et al.	Julio 01 de 2021	Si bien los principales síntomas durante la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) son agudos y la mayoría de los pacientes se recuperan completamente, una fracción significativa de pacientes experimenta cada vez más consecuencias para la salud a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de los datos disponibles se centran en los eventos relacionados con la salud después de la infección grave y la hospitalización. Presentamos un análisis longitudinal y prospectivo de las consecuencias para la salud en pacientes que inicialmente no presentaban síntomas o presentaban síntomas leves de la infección por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2). Por lo tanto, nos centramos en la COVID-19 leve en pacientes no hospitalizados.

⁴ Sobre la base de la literatura reciente, el síndrome pos covid se divide a su vez en dos categorías: (1) COVID-19 subaguda o sintomática en curso, que incluye los síntomas y las anomalías presentes entre 4 y 12 semanas después de la COVID-19 aguda; y (2) síndrome crónico o posterior a la COVID-19, que incluye los síntomas y las anomalías que persisten o están presentes más allá de las 12 semanas del inicio de la COVID-19 aguda y que no son atribuibles a diagnósticos alternativos (Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 27, 601–615 (2021).

⁵ Carod, F.J (2021). *Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados*. <https://www.neurologia.com/articulo/2021230>.

⁶ DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100122>

				<p>Observamos a 442 y 353 pacientes durante cuatro y siete meses después del inicio de los síntomas, respectivamente. Cuatro meses después de la infección por SARS-CoV-2, el 8-6% (38/442) de los pacientes presentaban dificultad respiratoria, el 12-4% (55/442) anosmia, el 11-1% (49/442) ageusia y el 9-7% (43/442) fatiga. Al menos uno de estos síntomas característicos estaba presente en el 27-8% (123/442) y el 34-8% (123/353) en el mes 4 y 7 después de la infección, respectivamente. Un nivel inicial más bajo de IgG contra el SARS-CoV-2, la anosmia y la diarrea durante la COVID-19 aguda se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar síntomas a largo plazo.</p> <p>La presencia continuada de dificultad respiratoria, anosmia, ageusia o fatiga como síntomas duraderos incluso en pacientes no hospitalizados se observó a los cuatro y siete meses después de la infección y se resumió como síndrome post-COVID (PCS). La evaluación continua de los pacientes con SCP se convertirá en una tarea importante para definir y mitigar los efectos socioeconómicos y médicos a largo plazo de COVID-19.</p>
The Lancet	Consecuencias a los 6 meses del COVID-19 en pacientes dados de alta del hospital: un	Chaolin Huang, MD; Lixue Huang, MD; Yeming Wang, MD; Xia Li, MD; Lili Ren, PhD;	Enero 16 de 2021	Las consecuencias para la salud a largo plazo de la COVID-19 siguen siendo poco claras. El objetivo de este estudio fue describir las consecuencias para la salud a largo plazo de los pacientes con COVID-19 que han sido dados de alta del hospital e

	estudio de cohorte ⁷	Xiaoying Gu, PhD; et al.		<p>investigar los factores de riesgo asociados, en particular la gravedad de la enfermedad.</p> <p>A los 6 meses de la infección aguda, los supervivientes de la COVID-19 tenían principalmente problemas de fatiga o debilidad muscular, dificultades para dormir y ansiedad o depresión. Los pacientes que estaban más gravemente enfermos durante su estancia en el hospital presentaban un mayor deterioro de las capacidades de difusión pulmonar y manifestaciones anormales en las imágenes del tórax, y son la principal población objetivo para la intervención de la recuperación a largo plazo.</p>
Revista de Neurología	Síndrome post-COVID-19 epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados ⁸	F.J. Carod Artal	Junio 01 de 2021	<p>Numerosos pacientes con COVID-19 leve o grave no tienen una recuperación completa y presentan una gran variedad de síntomas crónicos durante semanas o meses tras la infección, con frecuencia de carácter neurológico, cognitivo o psiquiátrico. Se revisan las evidencias epidemiológicas, los criterios diagnósticos y la patogenia del síndrome post-COVID-19.</p> <p>El síndrome post-COVID-19 se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden fluctuar o</p>

⁷ DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

⁸ DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>

				<p>causar brotes. Es una entidad heterogénea que incluye el síndrome de fatiga crónica posviral, la secuela de múltiples órganos y los efectos de la hospitalización grave/síndrome poscuidados intensivos. Se ha descrito en pacientes con COVID-19 leve o grave y con independencia de la gravedad de los síntomas en la fase aguda. Un 10-65% de los supervivientes que padeció COVID-19 leve/moderada presenta síntomas de síndrome post-COVID-19 durante 12 semanas o más. A los seis meses, los sujetos relatan un promedio de 14 síntomas persistentes. Los síntomas más frecuentes son fatiga, disnea, alteración de la atención, de la concentración, de la memoria y del sueño, ansiedad y depresión. Se desconocen los mecanismos biológicos que subyacen, aunque una respuesta autoinmunitaria e inflamatoria anómala o excesiva puede tener un papel importante.</p> <p>Las manifestaciones clínicas son diversas, fluctuantes y variables, aunque predominan la fatiga y las quejas neurocognitivas. No existe un consenso definido sobre el síndrome post-COVID-19 y sus criterios diagnósticos no se han sometido a una evaluación psicométrica adecuada.</p>
Nature	Síndrome COVID-19 post-agudo	Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al.	22 de marzo de 2021	El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) es el patógeno responsable de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que ha provocado una crisis sanitaria

			<p>mundial y una gran presión sobre los recursos sanitarios. A medida que aumenta la población de pacientes que se recuperan de la COVID-19, es primordial establecer una comprensión de los problemas sanitarios que los rodean. La COVID-19 se reconoce ahora como una enfermedad multiorgánica con un amplio espectro de manifestaciones. De forma similar a los síndromes víricos post-agudos descritos en los supervivientes de otras epidemias virulentas de coronavirus, cada vez hay más informes sobre efectos persistentes y prolongados tras la COVID-19 aguda. Los grupos de defensa de los pacientes, muchos de cuyos miembros se identifican como supervivientes de larga duración, han contribuido al reconocimiento de la COVID-19 posaguda, un síndrome caracterizado por la persistencia de los síntomas y/o las complicaciones retardadas o a largo plazo más allá de las 4 semanas desde el inicio de los síntomas.</p> <p>Las pruebas científicas y clínicas están evolucionando sobre los efectos subagudos y a largo plazo del COVID-19, que pueden afectar a múltiples sistemas orgánicos. Los primeros informes sugieren efectos residuales de la infección por SARS-CoV-2, como fatiga, disnea, dolor torácico, alteraciones cognitivas, artralgias y disminución de la calidad de vida. El daño celular, una fuerte respuesta inmunitaria innata con producción de citoquinas</p>
--	--	--	--

				<p>inflamatorias y un estado procoagulante inducido por la infección por SARS-CoV-2 pueden contribuir a estas secuelas. Los supervivientes de anteriores infecciones por coronavirus, incluyendo la epidemia de SARS de 2003 y el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) de 2012, han demostrado una constelación similar de síntomas persistentes, lo que refuerza la preocupación por las secuelas clínicamente significativas del COVID-19.</p> <p>Un estudio de cohorte observacional de 38 hospitales de Michigan (Estados Unidos) evaluó los resultados de 1.250 pacientes dados de alta con vida a los 60 días utilizando la abstracción de los registros médicos y las encuestas telefónicas (en adelante denominado estudio COVID-19 US post-agudo). Durante el periodo de estudio, el 6,7% de los pacientes fallecieron, mientras que el 15,1% de los pacientes necesitaron un nuevo ingreso. De los 488 pacientes que completaron la encuesta telefónica en este estudio, el 32,6% de los pacientes informaron de síntomas persistentes, incluyendo el 18,9% con síntomas nuevos o empeorados. La disnea al subir las escaleras (22,9%) fue la más frecuente, mientras que otros síntomas fueron la tos (15,4%) y la pérdida persistente del gusto y/o el olfato (13,1%).</p>
--	--	--	--	--

			<p>En estudios realizados en Europa se obtuvieron resultados similares. Un servicio ambulatorio post-agudo establecido en Italia (en adelante denominado estudio italiano post-agudo de COVID-19)³ informó de la persistencia de los síntomas en el 87,4% de los 143 pacientes dados de alta del hospital que se recuperaron de la COVID-19 aguda en un seguimiento medio de 60 días desde la aparición del primer síntoma. La fatiga (53,1%), la disnea (43,4%), el dolor articular (27,3%) y el dolor torácico (21,7%) fueron los síntomas más frecuentes, y el 55% de los pacientes siguieron experimentando tres o más síntomas. En el 44,1% de los pacientes de este estudio se observó una disminución de la calidad de vida, medida por la escala analógica visual EuroQol.</p>
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia con base en estudios publicados en Revistas como Nature, The Lancet y la Revista de Neurología de España

En este contexto, la gran variedad de síntomas agudos y crónicos semanas o meses después de la infección por SARS CoV2 reflejan la necesidad de empezar a incorporar un proceso de gestión en salud pública que reúna estrategias y mecanismos orientados a atender de manera oportuna, integral y efectiva, la patogenia posterior al ciclo regular de esta enfermedad. Para el caso, el informe *Consideraciones relativas a la rehabilitación Durante el brote de COVID-19* de la Organización Panamericana de la Salud establece un conjunto de recomendaciones a las distintas autoridades territoriales de salud del continente americano, con el fin de poner en la agenda pública la importancia de la rehabilitación poscovid. Entre las medidas propuestas por la OPS para los gobiernos nacionales y locales se encuentran las siguientes⁹:

Mensajes clave

Con algunos ajustes, los servicios de rehabilitación pueden continuar durante el brote y ofrecerse incluso mediante la telesalud. Para la recuperación óptima de los casos graves de COVID-19 será necesario ampliar los establecimientos de transición que ofrecen rehabilitación. Estos

⁹ Los siguientes párrafos son extraídos de Organización Panamericana de la Salud (2020) <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-rehabilitacion-durante-brote-covid-19>.

establecimientos posibilitan el alta temprana de centros de atención de agudos, donde escasean las camas.

La demanda de profesionales de la rehabilitación aumentará en los centros de atención de agudos y de cuidados intensivos, de modo que es necesario asegurar que estén dotados del personal requerido. También habrá una mayor demanda de rehabilitación especializada con estadía más larga, en particular para personas mayores, que suelen necesitar estos servicios.

Acciones a adelantar

1. Incluir la rehabilitación en la planificación sanitaria para hacer frente a la COVID-19 y hacer los ajustes necesarios en el financiamiento para la salud

a. Hay que considerar la posibilidad de incorporar un representante o un punto focal de rehabilitación en las estructuras de gestión y coordinación de emergencias de salud, como los centros de operaciones de emergencia.

b. Al planificar la rehabilitación, hay que tener en cuenta las necesidades de las personas afectadas por la COVID-19 y la rehabilitación necesaria de acuerdo con la normativa.

c. También hay que considerar factores locales como la factibilidad de la telesalud, la capacidad del personal especializado en rehabilitación y el acceso a esquemas de atención en salud privados.

d. Es necesario integrar la rehabilitación en las directrices y los protocolos clínicos para las personas con COVID-19, incluida la atención en las fases aguda y subaguda y a largo plazo. En los casos en que corresponda, se sugiere la articulación con las asociaciones profesionales pertinentes.

e. Se recomienda hacer planes y gestiones de financiamiento con el fin de hacer frente a un aumento de la demanda de servicios de rehabilitación relacionados con la COVID-19, especialmente para los casos graves. También es necesario confirmar que las personas que necesitan rehabilitación como consecuencia de la COVID-19, así como dispositivos de apoyo, no tengan obstáculos financieros.

f. Cabe prever un gran aumento de la rehabilitación necesaria de acuerdo con la normativa cuando se flexibilicen las restricciones relacionadas con la COVID-19 y se reanude la prestación habitual de servicios de salud.

2. Aumentar la capacidad del personal especializado en rehabilitación

a. Hay que trabajar con los establecimientos de salud existentes para coordinar el desplazamiento del personal especializado en rehabilitación por todos los niveles de los servicios de salud, a fin de lograr una distribución óptima de las competencias para atender las necesidades de la población.

b. Colaborar con las entidades de rehabilitación, como las asociaciones profesionales, para facilitar la rápida actualización de la capacitación de profesionales de rehabilitación a fin de que puedan atender las necesidades físicas, cognitivas y psicosociales de los pacientes con COVID-19. Es esencial que los profesionales de la rehabilitación trabajen solo dentro de su ámbito de especialización.

c. Es necesario tomar medidas provisionales para acelerar el registro de profesionales o el otorgamiento de licencias y la cobertura de seguros para personal especializado en rehabilitación recién reclutado y para voluntarios. Reducir los obstáculos burocráticos a la contratación, manteniendo al mismo tiempo la calidad y los mecanismos de seguridad.

d. Debe cerciorarse que los profesionales de la rehabilitación tengan acceso a orientación o capacitación para ofrecer servicios de telesalud.

3. Apoyar la continuidad del acceso a la rehabilitación con el mantenimiento de servicios seleccionados, así como considerar modalidades alternativas como la telesalud y los servicios domiciliarios para pacientes con registro COVID-19

a. Considerar la posibilidad de designar algunos establecimientos de salud y rehabilitación específicamente para pacientes que no tengan COVID-19.

b. Hacer los ajustes administrativos y financieros necesarios para ofrecer rehabilitación mediante telesalud. Es necesario que los mecanismos de financiamiento de servicios de salud (por ejemplo, seguro y reembolsos) abarquen la rehabilitación por medio de la telesalud durante un tiempo mientras dure el brote. En los casos en que convenga, hay que permitir que el personal de rehabilitación trabaje con consultorios privados para pacientes ambulatorios o en su casa para proporcionar servicios de telesalud.

c. En los lugares donde no haya otras opciones, apoyar la prestación de servicios de rehabilitación a domicilio cuando sea apropiada (considerando los riesgos de infección) para pacientes que tengan problemas de salud subyacentes debido a los cuales corran el riesgo de presentar casos graves de COVID-19 y en los casos en que exista la posibilidad de que los resultados en materia de salud sean desfavorables si la rehabilitación cesa y no hay otras opciones apropiadas para los servicios, como la telesalud.

4. Ampliar la capacidad de los establecimientos de transición para pacientes con COVID-19; agregando la rehabilitación para que se les pueda dar de alta de los centros para la atención de agudos donde haya pocas camas

a. Buscar lugares apropiados que puedan transformarse rápidamente en establecimientos de transición para pacientes con COVID-19. Si se crean centros para la atención de infecciones respiratorias agudas graves, integre los establecimientos de transición para pacientes con COVID-19 en estos centros. Si eso no fuera posible, designe establecimientos de transición que estén cerca para facilitar la transición.

b. Hay que asegurarse que los establecimientos de transición sean accesibles, incluidos los bancos y las estaciones de higiene de las manos.

c. Determinar cuál es la composición apropiada del personal necesario para proveer servicios de transición.

d. Determine el equipo de rehabilitación que necesitaran los grupos de pacientes que accedan a estos servicios. Si el establecimiento de transición es nuevo, se podría trasladar equipo de gimnasios cerrados para pacientes hospitalizados, pedir equipo prestado de consultorios privados o comprarlo si fuera necesario.

e. Es necesario establecer criterios y trayectos claros para la remisión de casos y cerciorarse de que haya una comunicación eficaz entre ellos.

f. Cerciorarse que los establecimientos de transición cuenten con suficientes reservas de dispositivos de ayuda para apoyar el funcionamiento y acelerar el alta.

g. Trabajar en estrecha colaboración con los servicios comunitarios y fortalecerlos, incluidos los servicios de apoyo social para atender a los pacientes en el hogar cuando eso se pueda hacer sin peligro.

5. Explorar posibles ubicaciones para consultorios ex situ, satélite o móviles y equipos multidisciplinarios móviles para facilitar el acceso a servicios de rehabilitación ambulatorios y su seguimiento en entornos comunitarios para pacientes con COVID-19 que necesitan rehabilitación

a. Buscar lugares aptos, separados de los entornos de atención de agudos, que puedan facilitar el acceso de los pacientes a servicios de rehabilitación en la comunidad.

b. Asegurar que esos lugares cuenten con la infraestructura y el equipo necesarios para la prevención y el control de infecciones, así como para el suministro de servicios de rehabilitación.

c. Considerar la formación de nuevos equipos multidisciplinarios, móviles y a distancia, centrados en la COVID-19, que proporcionen servicios de rehabilitación en entornos comunitarios y faciliten la transición para pacientes complejos que necesiten más apoyo; por ejemplo, los que estén adaptándose a la oxigenoterapia en casa.

d. Considerar la posibilidad de establecer programas nuevos de rehabilitación pulmonar para pacientes ambulatorios o de ampliar los que haya.

e. Establecer los criterios y vías claras para la remisión de casos a estos servicios y asegúrese de que se los den a conocer claramente y de que estén dotados de la infraestructura y la capacidad administrativa necesarias.

6. Preparar a los servicios de salud, de asistencia social y de atención comunitaria para hacer frente a un aumento de la demanda ocasionado por las necesidades de atención de algunas personas después de presentar casos graves de COVID-19 (especialmente en las personas mayores)

a. Algunas personas mayores, personas con discapacidad y personas con comorbilidades podrían tener grandes necesidades de rehabilitación a largo plazo, así como de atención de salud y asistencia social, después de presentar casos graves de COVID-19. Estas personas podrían tener dificultades para volver a su casa o a su comunidad, y es posible que necesiten más cuidados y apoyo a largo plazo.

b. Los servicios de salud, de asistencia social y de atención comunitaria (por ejemplo, de organizaciones no gubernamentales y grupos de defensa) que apoyan a las personas mayores y a personas con problemas de salud preexistentes deben colaborar para aumentar la capacidad de los servicios con el propósito de atender a las personas con COVID-19.

c. Trabajar con organismos sociales y de salud a fin de asegurar el acceso a dispositivos de ayuda para pacientes con COVID-19. Haga planes apropiados para hacer frente a un aumento de la demanda, incluso con el almacenamiento de productos de ese tipo.

Alcance de la iniciativa: Rehabilitación pos covid como elemento transversal del Plan de Acción para la atención de la pandemia por COVID-19 en Bogotá

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) resume en los siguientes párrafos los componentes y características que podrían enmarcarse bajo la figura del síndrome pos covid en tres escenarios concretos (COVID-19 prolongado, efectos multiorgánicos por COVID-19, efectos de hospitalización por COVID-19):

Tipos de afecciones posteriores al COVID-19

- **COVID-19 prolongado**

Las afecciones posteriores al COVID-19 son una amplia variedad de problemas de salud nuevos, recurrentes o en curso que las personas pueden experimentar más de cuatro semanas después de haberse infectado por primera vez por el virus que causa el COVID-19. Incluso las personas que no tuvieron síntomas cuando se infectaron pueden experimentar afecciones posteriores al COVID-19. Estas afecciones pueden tener diferentes tipos y combinaciones de problemas de salud durante diferentes lapsos de tiempo.

El COVID-19 prolongado puede presentarse en cualquier persona que haya tenido COVID-19, incluso si la enfermedad fue leve o no tuvo síntomas. Las personas con COVID-19 prolongado dicen experimentar combinaciones de los siguientes síntomas:

- Cansancio o fatiga
- Dificultad para pensar o concentrarse (a veces denominada "neblina mental")
- Dolor de cabeza
- Pérdida del gusto o el olfato
- Mareos al ponerse de pie
- Corazón que late rápido o muy fuerte (conocido como palpitaciones)
- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar o falta de aire

- Tos
- Dolor muscular o en las articulaciones
- Depresión o ansiedad
- Fiebre
- Síntomas que empeoran luego de actividades físicas o mentales

Efectos multiorgánicos del COVID-19

Los efectos multiorgánicos pueden afectar a la mayoría, si no a todos, los sistemas del cuerpo, incluidas las funciones del corazón, los pulmones, los riñones, la piel y el cerebro. Los efectos multiorgánicos también pueden incluir afecciones que ocurren luego del COVID-19, como el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) y afecciones autoinmunitarias. El MIS es una afección en la que pueden inflamarse diferentes partes del cuerpo. Las afecciones autoinmunitarias ocurren cuando su sistema inmunitario ataca las células sanas de su organismo por error, y causa una inflamación dolorosa en las partes del cuerpo afectadas.

Se desconoce cuánto tiempo podrían durar los efectos sobre los sistemas multiorgánicos y si los efectos podrían provocar afecciones crónicas.

Efectos de la hospitalización o tratamiento por COVID-19

Las afecciones posteriores al COVID-19 también pueden incluir los efectos a largo plazo de la hospitalización o tratamiento por COVID-19. Algunos de estos efectos a largo plazo son similares a los relacionados con la hospitalización por otras infecciones respiratorias u otras afecciones.

Los efectos de la hospitalización y el tratamiento por COVID-19 también pueden incluir el síndrome post-cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés), que hace referencia a los efectos sobre la salud que permanecen luego de una enfermedad crítica. Estos efectos pueden incluir debilidad grave y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El TEPT implica reacciones a largo plazo a un evento muy estresante.

Necesidad de fortalecer un componente para la rehabilitación integral poscovid 19 en Bogotá D.C.

Si se toma en cuenta los resultados del estudio adelantado por Nalbandian, A; et. al, (2021) *Síndrome COVID-19 post-agudo*, el cual fue publicado por la Revista Nature el 22 de marzo de 2021, el número de personas hospitalizadas y recuperadas en Bogotá por COVID-19 y que probablemente podrían presentar al menos uno de los síntomas identificados bajo el síndrome poscovid 19 ascendería a los 90.408 ciudadanos (32.6%). De estos, algo más de 17.087 personas (18.9%) estarían registrando nuevos síntomas o empeorados.

En atención a lo descrito en este documento y teniendo en cuenta que la formulación de un Plan de Acción para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 requiere de un proceso íntegro y multidimensional que supera el simple proceso del tratamiento médico de la respectiva enfermedad; se presenta esta iniciativa con el fin de contar con una herramienta normativa que

permita fortalecer la gestión en salud pública territorial, en relación con un componente de rehabilitación para el conjunto de pacientes identificados con síndrome poscovid.

IMPACTO FISCAL

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”, en su artículo 7o, establece que el impacto fiscal de todo Proyecto de Acuerdo debe ser explícito y compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para lo cual en la respectiva Exposición de Motivos deberán incluirse expresamente los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional que se generaría para financiar tales costos.

En atención a lo anterior, esta iniciativa no tendría un impacto fiscal por cuanto hace parte de los programas, acciones y metas estratégicas definidas en el Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI”, a través de los siguientes documentos concretos:

Plan Territorial de Salud de Bogotá: 2020-2024

Programa: Prevención y cambios para mejorar la salud de la población

El Programa contribuye a promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud enfermedad, detectando oportunamente la enfermedad y fortalece la recuperación y la rehabilitación del ciudadano y ciudadana; lo cual, favorece la inclusión social y el desarrollo integral de los ciudadanos y ciudadanas, sus familias y la comunidad en los entornos donde viven y se desarrollan mediante acciones de gestión coordinada entre el sector y actores intersectoriales. Las metas evaluables para el programa son:

- ***En Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles***

A 2024 atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública, así como de los eventos de salud pública de interés internacional. (Meta Trazadora del Plan de Desarrollo).

A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C.

Plan de Desarrollo 2020-2014

Programa 9. Prevención y cambios para mejorar la salud de la población. *Promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud-enfermedad. Se busca detectar oportunamente la enfermedad o fortalecer el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente; disminuir la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (Tosferina, Varicela, Hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar la pandemia de Coronavirus COVID-19. Ello contribuirá a la inclusión social y desarrollo integral de familias, comunidades y población en general, al igual que al mejoramiento de espacios personales y entornos territoriales.*

Anexo 1. Artículo 14: Metas sectoriales del Plan de Desarrollo

No	Propósito	No	Programa	No Meta	Meta Sectoriales	Sector	Nombre indicador	línea base	Fuente	Meta Sectorial 2024
1	Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	9	Prevención y cambios para mejorar la salud de la población	79	Atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública así, como de los eventos de salud pública de interés internacional	Salud	Brotos y eventos de emergencias en salud pública atendidos.	100%.	Sistema de Información CRUE -DCRUE SDS.	Atender el 100% de los brotes y emergencias en salud pública así, como de los eventos de salud

Por otra parte, según la plataforma SEGPLAN de la Secretaría Distrital de Planeación (con corte a marzo de 2021) la meta: A 2024 implementar el plan de acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C. se encontraba en un porcentaje de ejecución del 16%, aún por debajo de los indicadores programados. Esta meta cuenta para el cuatrienio con \$72.398 millones, esto con el propósito que el Distrito Capital cuente en el mediano y largo plazo con una herramienta de política bajo un enfoque de salud pública que esté dirigida a superar la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19.

A pesar de lo anterior, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa, con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según el artículo 11º, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014.

En todo caso se recuerdan los contenidos de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en un impedimento estricto para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa:

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al ministro de hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de hacienda”.

Presentado por los Honorables Concejales

ÓSCAR RAMÍREZ VAHOS

Concejal de Bogotá D.C.

PROYECTO DE ACUERDO N° 110 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE DE REHABILITACIÓN DEL SÍNDROME POSCOVID 19 EN BOGOTÁ D.C.”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confieren los numerales 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993:

ACUERDA

ARTÍCULO 1. OBJETO. La Administración Distrital, en el marco de la formulación e implementación del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* previsto en el Acuerdo 761 de 2020, así como en el Plan Territorial de Salud vigente; incorporará un componente de rehabilitación de pacientes identificados con síndrome poscovid 19.

PARÁGRAFO 1. Entiéndase por síndrome poscovid 19 el conjunto amplio y variado de síntomas nuevos, recurrentes o en curso, que los pacientes pueden experimentar más de cuatro semanas después de haberse infectado por primera vez por el virus que causa el COVID-19. Esta sintomatología puede ser consecuencia natural de la propia enfermedad, así como de los procedimientos médicos y de hospitalización adelantados para el tratamiento de la misma.

ARTÍCULO 2. LINEAMIENTOS A TENER EN CUENTA EN EL PLAN DE ACCIÓN. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud, definirá las estrategias y metas que considere pertinentes relacionadas con un componente de rehabilitación de pacientes residentes en el Distrito Capital identificados con síndrome poscovid 19. En todo caso, el componente de rehabilitación que finalmente sea incorporado dentro del *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* tendrá en cuenta como mínimo los siguientes lineamientos:

- a. La declaratoria del síndrome poscovid 19 como un asunto prioritario de gestión en salud pública en el Distrito Capital.
- b. El desarrollo de acciones y metas orientadas hacia la identificación temprana, intervención oportuna y canalización de servicios relacionados con el componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19, teniendo en cuenta para el efecto el plan de beneficios vigente a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB.
- c. El empleo de los equipos territoriales básicos y complementarios que disponga el Sector Salud para la identificación, rastreo y priorización de los eventos de salud relacionados con el síndrome poscovid 19 en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional; atendiendo para

ello las acciones, características y condiciones de operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC que se encuentre vigente.

d. El seguimiento periódico de los casos canalizados por el portafolio de servicios de la red pública de salud de la ciudad y que posteriormente hayan sido trasladados hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB, con el fin de lograr la debida atención en materia de rehabilitación del síndrome poscovid 19.

ARTÍCULO 3. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN POSCOVID A TRAVÉS DE LA RED ADSCRITA A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. La Secretaría Distrital de Salud desarrollará las gestiones que propendan por la estructuración y fortalecimiento de la oferta de servicios de rehabilitación relacionados con el síndrome pos covid 19, esto a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud – ESE y en el marco del Acuerdo 761. Estas gestiones incluirán acciones dirigidas hacia la valoración, tratamiento y/o procesos de rehabilitación a través del Plan de Beneficios en Salud sobre aquellos pacientes que sean previamente sean identificados como casos recuperados de COVID-19 y que presentan algún tipo de sintomatología posterior relacionada con la enfermedad.

ARTÍCULO 4. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN. El componente de rehabilitación del síndrome poscovid 19 que sea definido en el respectivo Plan de Acción incluirá un enfoque diferencial que permita la correcta identificación, canalización y acompañamiento de los respectivos casos en materia de rehabilitación de síndrome poscovid 19, considerando para ello aspectos poblacionales tales como el curso de vida y las condiciones socioeconómicas de los pacientes, entre otros aspectos. En todo caso, se priorizará la atención integral de personas en condiciones de pobreza monetaria, multidimensional, víctimas del conflicto armado, personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores y cuidadoras.

ARTÍCULO 5. FINANCIACIÓN. La Administración Distrital programará y asignará progresivamente los recursos públicos necesarios para el fortalecimiento del proceso de recuperación o rehabilitación del paciente por síndrome poscovid 19 en el Distrito Capital; teniendo en cuenta los lineamientos presupuestales que se determinen en el *Plan de Acción para la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID 19 en Bogotá D.C* previsto en el Acuerdo 761 de 2020

ARTÍCULO 6. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PROYECTO DE ACUERDO N° 111 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE NORMAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

CONTENIDO

- 1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**
 - 1.1. OBJETO**
 - 1.2. SUSTENTO JURÍDICO**
 - 1.2.1. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.**
 - 1.2.2. INICIATIVA DEL PROYECTO DE ACUERDO**
 - 1.2.3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA INICIATIVA**
 - 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE ACUERDO**
 - 1.3.1. LA CONSULTA PREVIA COMO MECANISMO PARA RECABAR INFORMACIÓN RELEVANTE Y OPCIÓN DE MEJORA REGULATORIA**
 - 1.3.2. EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES**
 - 1.3.3. MEDIDAS QUE SE ADOPTAN EN EL PROYECTO DE ACUERDO**
 - 1.4. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL**
- 2. TEXTO DEL PROYECTO DE ACUERDO**

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. OBJETO

El proyecto de acuerdo tiene como propósito determinar los lineamientos para el fortalecimiento de los mecanismos de consulta pública en la producción normativa (regulatoria) del Distrito Capital, de esta forma, la iniciativa establecerá mecanismos que, junto a los señalados en el Decreto Distrital 069 de 2021, buscan que la ciudadanía tenga voz activa en las decisiones públicas que adoptará la administración, sus órganos y entidades de todos los niveles.

1.2. SUSTENTO JURÍDICO

1.2.1. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

El Concejo de Bogotá D.C. es competente para estudiar, tramitar y promulgar la presente iniciativa, conforme las atribuciones reconocidas en la Constitución Política y el Estatuto Orgánico de Bogotá D.C., a saber:

- ❖ Artículo 313 numeral 1º de la Constitución Política:

«ARTICULO 313. *Corresponde a los concejos:*

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

- ❖ Artículo 12 numeral 1º del Decreto Ley 1421 de 1993:

«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. [...]».

1.2.2. INICIATIVA DEL PROYECTO DE ACUERDO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto Ley 1421 de 1993¹⁰, el proyecto de acuerdo que se presenta puede ser presentado por los Concejales de la ciudad y no está enlistado dentro de aquellos proyectos que son de iniciativa exclusiva del Alcalde Mayor.

De igual manera, según el Acuerdo 741 de 2019¹¹, artículo 65, los Concejales pueden presentar proyectos de acuerdo individualmente o a través de sus bancadas. Por consiguiente, el presente proyecto fue debidamente radicado ante la Corporación por el suscrito concejal.

1.2.3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa se fundamenta en las siguientes fuentes del derecho:

1.2.3.1. CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (RATIFICADA MEDIANTE LA LEY 16 DE 1972):

De conformidad con lo señalado en el artículo 23 de la Convención Americana de Derechos Humanos, que se encuentra debidamente incorporada en el ordenamiento jurídico vigente dentro del Bloque de Constitucionalidad, todos los ciudadanos, deben gozar de la facultad de participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes.

De esta forma, como quiera que el Estado tiene a su cargo el monopolio de producción de normas, los ciudadanos tienen la facultad y el derecho, de intervenir en este proceso, con la finalidad de realizar las propuestas que mejor convengan al bien común.

1.2.3.2. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE

De igual manera, el artículo 21 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, consigna que toda persona tiene derecho a participar en el Gobierno de su país, directamente o por medio de sus representantes libremente escogidos.

¹⁰ “Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”

¹¹ “Por el cual se expide el reglamento interno del Concejo de Bogotá, Distrito Capital”.

1.2.3.3. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991

La orientación de nuestro sistema democrático, a partir de la expedición de la Constitución de 1991, permitió incorporar herramientas de democracia participativa, es decir, ya los ciudadanos no participan solo por medio de los representantes elegidos, sino también lo pueden hacer directamente.

Muestra de ello, es que el preámbulo constitucional y los artículos 1 y 2 ratifican la importancia de garantizar la participación ciudadana en la adopción de decisiones en el ámbito público.

De igual forma, el artículo 40 constitucional reconoce la participación ciudadana como derecho ciudadano, que permite a los ciudadanos estar presentes en la conformación, ejercicio y control del poder político, situación que es extensiva a la formación del orden jurídico.

1.2.3.4. LEY 1437 DE 2011

El Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, norma que regula el ejercicio de algunas potestades administrativas generales, dentro de sus principios generales, incorpora la participación ciudadana, en virtud de la cual, las autoridades promoverán y atenderán las iniciativas ciudadanas, de organizaciones y comunidades, encaminadas a la intervención de los procesos de deliberación, formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública.

De la misma manera, en virtud del principio de publicidad, que también fue incorporado dentro del plexo valorativo del CPACA, las autoridades darán a conocer al público, sus actos, contratos y resoluciones con la finalidad de garantizar la participación incidente de la ciudadanía.

En desarrollo del deber de información al público, incorporado en el artículo 8 del CPACA, las autoridades también están obligadas a publicar los proyectos específicos de regulación a su cargo, para garantizar la participación de los ciudadanos, en la construcción normativa.

1.2.3.5. DECRETO DISTRITAL 069 DEL 12 DE MARZO DE 2021

De conformidad con lo señalado en el numeral 8 del artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, el Distrito Capital expidió el Decreto 069 del 2021, por medio del cual desarrolló el trámite para la participación ciudadana en los proyectos específicos de regulación.

Allí, estableció el mecanismo para la publicación de estos proyectos para consulta ciudadana, además señaló la posibilidad de que, durante el trámite de expedición del acto, puedan realizarse audiencias públicas buscando recabar mayor información y detalles de los sujetos interesados y la ciudadanía en general.

Es importante aclarar que los procedimientos que se incorporaron en dicho acto administrativo, se dan cuando ya exista un proyecto regulatorio, es decir, en el momento en que la Administración Distrital ya ha adoptado una posible decisión de intervención.

1.2.3.6. ACUERDO 761 DE 2020 (PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO 2020-2024)

Dentro del Plan Distrital de Desarrollo, la participación ciudadana se estableció como uno de los enfoques con los que la administración debe ejecutar el plan de Gobierno. De igual manera, dentro de la meta 429 del propósito 5 de este mismo plan, se planteó “Construir Bogotá- Región con Gobierno Abierto, transparente y ciudadanía consciente”, siendo este el mismo propósito del Proyecto de Acuerdo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE ACUERDO

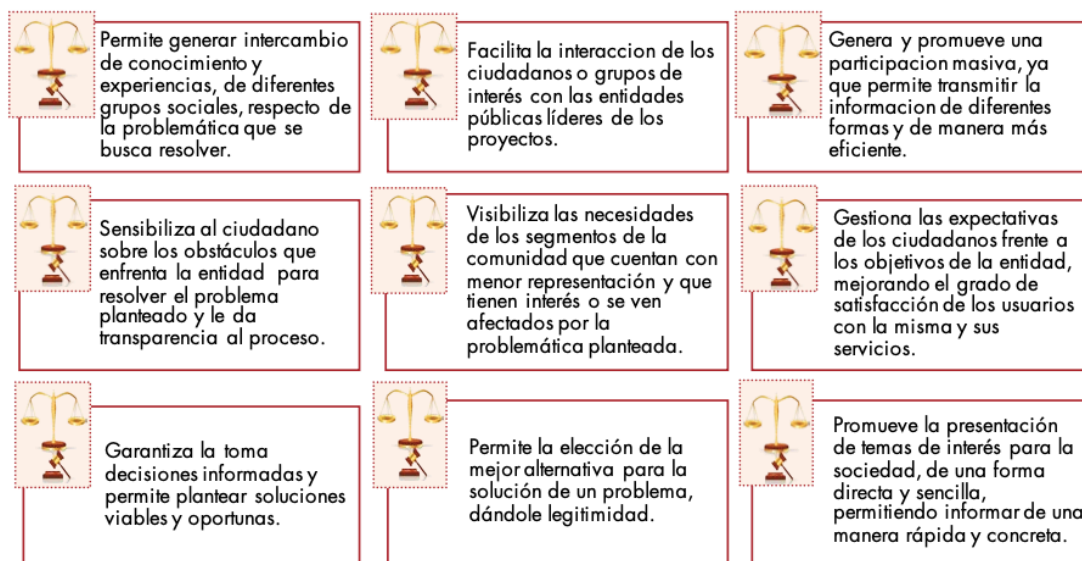
1.3.1. LA CONSULTA PREVIA COMO MECANISMO PARA RECABAR INFORMACIÓN RELEVANTE Y OPCIÓN DE MEJORA REGULATORIA

Dentro del proceso de producción normativa, las entidades estatales deben contar con toda la información necesaria que permita la construcción objetiva de regulación, sobre todo cuando la misma tiene impacto directo sobre la comunidad o la economía. Para ello, en la fase previa a la elaboración de los proyectos de regulación, al interior de las entidades se dan procesos de búsqueda y depuración de la información que pueda ser útil.

Tal vez, uno de los procesos que de mayor forma contribuye a la obtención de la información necesaria para la producción normativa, es el de la consulta pública, que se puede definir como el evento en el cual se vincula a los sectores de interés y la ciudadanía en general, para recibir opiniones respecto de proyectos de regulación o simplemente de propuestas.

Esto ha sido destacado por Departamento Nacional de Planeación, entidad que en la “Guía para realizar la consulta pública en el proceso de producción normativa”, resaltó las bondades de la consulta pública así:

Figura 1. Beneficios de la consulta en el proceso normativo



Fuente: Departamento Nacional de Planeación

Más recientemente, en el evento “Desafíos de la Política de Mejora Normativa en tiempos de pandemia: lecciones aprendidas y la nueva hoja de ruta”, organizado por el Departamento Nacional de Planeación, los panelistas resaltaron la importancia de contar con un procedimiento de consulta pública, como estrategia para el fortalecimiento de la democracia y el mejoramiento en la calidad de las normas que son producidas a nivel Estatal.

En el ámbito nacional, además de lo consignado en el numeral 8 del artículo 8 del CPACA, el Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, desarrolla dentro del título de directrices generales de técnica normativa el deber de consulta, como elemento estructurante y esencial cuando se haya de elaborar un acto administrativo de carácter general.

Este primer acercamiento sobre la realidad regulatoria colombiana, denota la importancia que tiene en nuestro aparato Estatal la consulta como mecanismo previo a la producción normativa, algo que es de suma importancia, si tenemos en cuenta que con estos instrumentos estamos desarrollando el principio y derecho de participación, el cual puede considerarse estructurante dentro de nuestro Estado Social de Derecho.

Desde la teoría de la regulación, también se encuentran posiciones que respaldan la realización de consultas como mecanismo de transparencia respecto de las actuaciones normativas del Estado. En el estudio sobre la política regulatoria que hizo la OCDE sobre Colombia (2014), este organismo supranacional destacó como los procesos de consulta pública pueden favorecer la calidad regulatoria.

Sobre el particular, la OCDE explicó lo siguiente:

La consulta eficaz es una consideración clave para garantizar que los intereses de ciudadanos y empresas se tomen en cuenta al desarrollar y diseñar regulaciones. La consulta mejora la efectividad de las regulaciones mediante el uso de la información que entidades reguladas aportan sobre sus probables impactos. Poner a consideración los problemas y las posibles deficiencias aumenta el compromiso de los interesados y promueve una mayor probabilidad de cumplimiento. El efecto positivo de una mayor transparencia y del compromiso de los actores no se limita a las regulaciones, sino que también se aplica al desarrollo y cumplimiento de políticas y programas.

En el contexto distrital, teniendo en cuenta la existe de un deber de información, que está consagrado en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la Administración ya cuenta con un procedimiento para socializar y escuchar a la ciudadanía, cuando se está frente a un proyecto específico de regulación, es decir, en el momento que el Estado ya tiene una solución normativa general frente a un circunstancia.

Este procedimiento se encuentra condensado en el Decreto Distrital 069 del 12 de marzo de 2021, comprende las etapas de publicación del proyecto específico de regulación, así como la posibilidad de que se adelanten audiencias con los grupos afectados.

Hasta este punto, se podría entender que el proceso de participación ciudadana en la producción normativa se encuentra satisfecho, no obstante, reiteramos, ello se da únicamente en la etapa en la cual ya existe un proyecto normativo y no en etapas anteriores.

No obstante, la experiencia internacional, especialmente la española, nos puede brindar ejemplos de mecanismos de consulta previa a la producción normativa, que además de estimular la participación ciudadana, permiten a las entidades regulatorias, tener mejores argumentos y opciones a la hora de realizar los procesos normativos. Incluso, es posible disminuir la actividad normativa, para evitar una sobre proliferación de normas, y utilizar otros mecanismos como el *soft law* para atender problemáticas.

Sobre esta base, la iniciativa de proyecto de acuerdo establece los lineamientos para que se creen instancias de consulta pública previa a la producción normativa, como una forma para aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas, así como crear mejores espacios institucionales y de dialogo, para obtener mayor calidad en la regulación distrital.

1.3.2. EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES

En el proceso de producción normativa español, tanto de proyectos de Ley como de actos administrativos, el artículo 133 de la Ley de Procedimiento Común de las Administraciones Públicas, establece dos mecanismos de participación ciudadana, que tienen la finalidad de involucrar al público en la toma de decisiones.

El artículo 133 de la citada Ley, señala:

«Artículo 133. Participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y reglamentos:

1. Con carácter previo a la elaboración del proyecto o anteproyecto de ley o de reglamento, se sustanciará una consulta pública, a través del portal web de la Administración competente en la que se recabará la opinión de los sujetos y de las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la futura norma acerca de:

a) Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa.

b) La necesidad y oportunidad de su aprobación.

c) Los objetivos de la norma.

d) Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias.

2. Sin perjuicio de la consulta previa a la redacción del texto de la iniciativa, cuando la norma afecte a los derechos e intereses legítimos de las personas, el centro directivo competente publicará el texto en el portal web correspondiente, con el objeto de dar audiencia a los ciudadanos afectados y recabar cuantas aportaciones adicionales puedan hacerse por otras personas o entidades. Asimismo, podrá también recabarse directamente la opinión de las organizaciones o asociaciones reconocidas por ley que agrupen o representen a las personas cuyos derechos o intereses legítimos se vieren afectados por la norma y cuyos fines guarden relación directa con su objeto.

3. La consulta, audiencia e información públicas reguladas en este artículo deberán realizarse de forma tal que los potenciales destinatarios de la norma y quienes realicen aportaciones sobre ella tengan la posibilidad de emitir su opinión, para lo cual deberán

ponerse a su disposición los documentos necesarios, que serán claros, concisos y reunir toda la información precisa para poder pronunciarse sobre la materia.

4. Podrá prescindirse de los trámites de consulta, audiencia e información públicas previstos en este artículo en el caso de normas presupuestarias u organizativas de la Administración General del Estado, la Administración autonómica, la Administración local o de las organizaciones dependientes o vinculadas a éstas, o cuando concurren razones graves de interés público que lo justifiquen.

Cuando la propuesta normativa no tenga un impacto significativo en la actividad económica, no imponga obligaciones relevantes a los destinatarios o regule aspectos parciales de una materia, podrá omitirse la consulta pública regulada en el apartado primero.

Si la normativa reguladora del ejercicio de la iniciativa legislativa o de la potestad reglamentaria por una Administración prevé la tramitación urgente de estos procedimientos, la eventual excepción del trámite por esta circunstancia se ajustará a lo previsto en aquella.»

De acuerdo con la anterior disposición, es posible identificar dos mecanismos de participación: la consulta previa y el procedimiento de consulta, audiencia e información pública.

Para nuestro estudio, es relevante el procedimiento de consulta previa, el cual, es obligatorio previo a la elaboración del proyecto o anteproyecto de Ley o de reglamento. Éste, deberá hacerse en la página web de la entidad encargada de la sustanciación del acto, y permitirá recabar la opinión de sujetos y organizaciones más representativas que puedan verse afectadas.

El objetivo principal de este proceso, será informar a los ciudadanos cuales son los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa, la necesidad y oportunidad de su aprobación, los objetivos de la misma y la posibilidad de que no se expida a través de actos regulatorios, sino a través de otras alternativas.

Este mecanismo, es importante en tanto permite a las administraciones contar con información relevante previa a la elaboración de la iniciativa, que puede mejorar la calidad de la misma, o simplemente, permitir la adopción de otras acciones institucionales que tengan el mismo efecto, que tendría la iniciativa normativa, con el fin de depurar el ordenamiento jurídico distrital.

1.3.3. MEDIDAS QUE SE ADOPTAN EN EL PROYECTO DE ACUERDO

Para cumplir con el propósito descrito en la exposición de motivos, en el presente proyecto de acuerdo se incorporarán lineamientos, para que la Secretaría Jurídica Distrital reglamente un procedimiento de consulta previa a la sustanciación de iniciativas normas.

Dentro de los lineamientos que se definirán, se encuentran los siguientes:

- La consulta previa se dará obligatoriamente en la página web de las entidades del sector administrativo distrital que tengan la iniciativa o hayan identificado la problemática, pero facultativamente se podrá surtir también a través de audiencias públicas u otros procedimientos.
- La consulta previa, inicialmente está destinada para iniciativas o problemas asociados a temáticas de movilidad, empleo, salud, seguridad y convivencia ciudadana, medio ambiente, educación, desarrollo económico, servicios públicos y aquellas temáticas que no se encuentren expresamente excluidas, por normas imperativas.

- La finalidad de la consulta previa es determinar la oportunidad y necesidad de la intervención estatal, y si la misma se hará a través de instrumentos regulatorios o no regulatorios.
- La consulta previa se dará por términos que no podrán ser inferiores a diez (10) días hábiles.

1.4. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL

La presente iniciativa NO genera un impacto fiscal que afecte el marco fiscal de mediano plazo, comoquiera que no prevé la realización de inversiones distintas a las previstas en el plan plurianual de inversiones aprobado en el actual Plan de Desarrollo.

2. TEXTO DEL PROYECTO DE ACUERDO

PROYECTO DE ACUERDO N° 111 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE NORMAS EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, especialmente las conferidas en el numeral 1 del artículo 313 de la Constitución Política y, el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

ACUERDA:

Artículo 1. Objeto. El presente acuerdo tiene por objeto establecer los lineamientos para fortalecer la participación de la ciudadanía en la producción de normas en el Distrito Capital, a través de la creación de un procedimiento de consulta pública previa a la iniciativa normativa.

La reglamentación de este programa estará a cargo de la Secretaría Jurídica Distrital.

Artículo 2. Consulta previa a la iniciativa normativa. En la reglamentación que expida la Administración Distrital, para dar cumplimiento a lo señalado en el presente Acuerdo, se deberá crear un procedimiento de consulta pública previa a la iniciativa normativa que tengan las entidades de todos los niveles que pertenezcan al Distrito Capital.

Se entenderá esta consulta previa como una instancia de participación ciudadana, por medio de la cual los habitantes de Bogotá podrán presentar sus opiniones y sugerencias frente a iniciativas normativas que tengan entidades distritales o frente a problemas que sean puestos en consideración por la Administración.

Artículo 3. Lineamientos para la sustanciación de la consulta previa. La Secretaría Jurídica Distrital, deberá tener en cuenta los siguientes lineamientos para la reglamentación del presente Acuerdo:

- El procedimiento de consulta previa deberá realizarse obligatoriamente en la página web de la entidad que tenga la competencia para la expedición del proyecto específico de regulación, según la temática correspondiente.
- El procedimiento deberá tomar por lo menos diez (10) días hábiles, con la finalidad de que los ciudadanos tengan la posibilidad de participar activamente.
- Las entidades distritales a cargo de realizar la consulta previa, deberán entregar a la ciudadanía toda la información científica, técnica o estadística disponible, siempre que no esté sometida a reserva por norma imperativa, con la finalidad de que los ciudadanos evalúen la pertinencia de una iniciativa normativa o de otra medida a adoptar.

Artículo 4. Temáticas sujetas al procedimiento de consulta previa. En forma inicial, será obligatorio que las entidades distritales realicen el procedimiento de consulta previa, cuando

existan problemáticas asociadas a los siguientes frentes: movilidad, empleo, salud, seguridad y convivencia ciudadana, medio ambiente, educación, desarrollo económico, servicios públicos, ciencia, tecnología e innovación, vivienda, Gestión Pública, Cultura, recreación y deporte, y espacio público

No obstante, las entidades que facultativamente deseen incluir otras temáticas dentro del procedimiento de consulta previa, lo podrán hacer, siempre que no vulnere normas de carácter imperativo.

Parágrafo. Se excluyen del procedimiento de consulta previa, las temáticas definidas en el parágrafo del artículo 2 del Decreto Distrital 069 de 2021 y aquellas que, por su naturaleza o urgencia, no puedan ser sometidas a este procedimiento, previa evaluación de la entidad sustanciadora.

Artículo 5. Finalidad del procedimiento de consulta. El procedimiento de consulta previo a la iniciativa normativa o frente a un problema puntual, tendrá las siguientes finalidades:

- Aumentar la participación ciudadana, en relación con las decisiones públicas.
- Determinar la necesidad y oportunidad de las posibles iniciativas normativas que puedan ser expedidas.
- Recoger información relevante que pueda ser aportada por los grupos de interés.
- Explorar la posibilidad de brindar soluciones que no sean normativas, al problema planteado.

Artículo 6. Reglamentación. La Administración Distrital a través de la Secretaría Jurídica Distrital, mediante Decreto reglamentará el presente Acuerdo, en un término no superior a seis (6) meses posteriores a la publicación del mismo.

Artículo 7. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Respetuosamente,

JORGE LUIS COLMENARES ESCOBAR
CONCEJAL - CENTRO DEMOCRÁTICO

Elaboró: Santiago Villegas Molina / UAN H.C. Jorge Colmenares

Revisó: Dr. Ricardo Ayerbe/ Coordinador UAN H.C. Jorge Colmenares